CREIGHTON MODEL
Fertility*Care*™ System

UN AUTÉNTICO LENGUAJE DE LA SALUD Y FERTILIDAD DE LA MUJER℠

1a Edición en Español



Thomas W. Hilgers, MD, Dip. ABOG, ABLS, SRS

Fertility*Care*™ & NaProTECHNOLOGY®

Un Enfoque Contemporáneo para el Cuidado de la Salud de la Mujer

CREIGHTON MODEL
Fertility*Care*™ System

UN AUTÉNTICO LENGUAJE DE LA SALUD Y FERTILIDAD DE LA MUJER℠

Manual Introductorio para Nuevos Usuarios

International Standard Book Number: 0-9626485-4-X
Library of Congress Catalogue Card Number: 2001-130047

Cover Design by Susan Parrish

FIFTH EDITION
1st Printing
2001

Published by
POPE PAUL VI INSTITUTE PRESS
6901 MERCY ROAD
OMAHA, NEBRASKA 68106 USA

Traducción al Español según el acuerdo de licencia #010004 ,
Traducción: P.Rodriguez, B.González

QUINTA EDICIóN en inglés, 2001
PRIMERA EDICIóN en español, 2013

Editado por
POPE PAUL VI INSTITUTE PRESS
6901 MERCY ROAD
OMAHA, NEBRASKA 68106 USA
Printing and Distribution Agreement #010004

NOTA

El **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System**[1](**CrMS**) es un modelo de lo más avanzado en educación para la procreación. Permite, como nunca antes, unir el trabajo en la planeación familiar y la salud femeninas, y ¡lo consigue de una forma **completamente natural y cooperativa** con los ciclos menstruales y de fertilidad de la mujer!

El **CrMS** se ha evaluado intensamente a lo largo de los últimos 37 años mediante investigaciones realizadas primero en la Universidad de St. Louis y la Facultad de Medicina de la Universidad de Creighton y en forma más reciente en el Instituto Papa Paulo VI para el Estudio de la Reproducción Humana (Omaha, Nebraska). Se han desarrollado herramientas educativas que coordinan e integran la prestación del servicio en un sistema de enseñanza totalmente estandarizado (**NaProEducation™** [2]). Este sistema de enseñanza es único, preciso y está diseñado para incluir manejo de distintos casos y resolución de problemas. Además, es un sistema muy amigable con sus usuarios.

El **CrMS** es el único modelo médico de educación para la procreación natural (**NaProEducation™**) que existe actualmente. Su formato estandarizado y objetivo, ha sido de gran utilidad en el desarrollo de una nueva ciencia de salud ginecológica llamada **NaProTECHNOLOGY®**.

Este manual tiene el propósito de **presentar** el **CREIGHTON MODEL System**. **No sustituye la instrucción en el sistema** y está **diseñado para usarse en conjunto con la formación** proporcionada por un **Profesional**[3] entrenado en el **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™** (**FCP**) o un **Instructor** del mismo sistema (**FCI**) quienes tienen una comprensión plena de los principios esbozados en este manual y otros materiales de enseñanza.

---

1 La traducción aproximada de **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System** es Sistema de Cuidado de la Fertilidad del Modelo Creighton. Al igual que otros términos, se conserva en inglés que es el idioma original del sistema, por tratarse de marcas registradas y protegidas como propiedad intelectual. (N. del T.).

2 **NaProTECHNOLOGY®**: NaPro se toma de "Natural Procreation" por lo que el concepto equivalente en español sería Tecnología para "Procreación Natural". (N. del T.).

3 Al Profesional de **Fertility*Care*™** se le conoce como **Fertility*Care*™ Practitioner** (N. del T.).

PARA MAYOR INFORMACIóN, CONSULTAR LOS SIGUIENTES SI TIOS:

www.creightonmodel.com

www.popepaulvi.com

www.naprotechnology.com

www.fertilitycare.com.mx

www.fertilitycare.org

www.aafcp.org

SOBRE EL AUTOR

El Dr. Thomas Hilgers, MD, Dip, ABOG, ABLS, SRS, es el director del Instituto Papa Paulo VI para el Estudio de la Reproducción Humana en Omaha, Nebraska. Comenzó su primera investigación sobre la regulación natural de la fertilidad humana en 1968 como estudiante de cuarto año de Medicina. El y sus colaboradores desarrollaron el **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System** cuando trabajaban en las Escuelas de Medicina de las Universidades de St. Louis y Creighton. Desde hace 37 años y aún en el presente, han participado con el Dr. Hilgers en el desarrollo de este sistema, K. Diane Daly, RN, CFCE; Susan K. Hilgers, BA, CFCE and Ann M. Prebil, RN, BSN, CFCE.

Actualmente, el Dr. Hilgers es Consultor Médico Senior en Obstetricia, Ginecología, Medicina Reproductiva y Cirugía en el Instituto Papa Paulo VI para Estudios de la Reproducción Humana y es profesor clínico asociado en el departamento de obstetricia y ginecología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Creighton. Es también Director del Centro Nacional para la Salud de la Mujer en el mismo Instituto.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

Nuestro trabajo se inició en 1976 como una evaluación independiente del Método de la Ovulación de Billings descrito por primera vez por los Doctores John y Lyn Billings en Melbourne, Australia. Al progresar en nuestro trabajo, pudimos verificar en forma independiente las afirmaciones hechas por los Doctores Billings y constatamos el hecho de que se trataba de un método de planificación familiar con muchas características notables.

Al realizar nuestras investigaciones, pudimos hacer más sólidos los fundamentos científicos del método. Además, desarrollamos una metodología de enseñanza que actualmente se conoce como el **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System (CrMS)** .

Este sistema es **un programa de enseñanza completamente estandarizado** que se usa en los Estados Unidos de América y en varios países. Gracias a la estandarización, existe **un lenguaje común** que puede ser empleado por todas las mujeres, lo que hace que todo el sistema sea muy **objetivo**. Esto ha sido clave para expandir el enfoque del **CrMS** de un simple sistema de planeación natural familiar, a un sistema que incluye el amplio campo de la salud de la mujer.

En el **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™** los servicios son proporcionados por **Profesionales** de **Fertility*Care*™ (FCP)**[1], entrenados por 13 meses como aliados profesionales de la salud. Este programa de educación es el más avanzado disponible en este campo. Al completar dicho programa, los profesionales son candidatos a obtener la certificación de la Academia Americana de Planificación Familiar Natural, el cuerpo de certificación oficial nacional. Estos Profesionales están capacitados para ayudar en todos los aspectos de uso del método, inclusive en la **solución de problemas** y manejo de **casos especiales** .

El sistema es muy confiable tanto para **lograr** como para **evitar el embarazo** y además ayuda a las parejas a expandir **los horizontes de su sexualidad humana**. Al comprender la propia fertilidad y evitar periódicamente el contacto genital (si se desea evitar el embarazo), se tiene el desafío de explorar otras formas de interacción sexual no genital. Esto amplia las bases de la relación matrimonial y sus compromisos. Sin duda, es un sistema que desarrolla el amor mutuo, la cooperación y el compromiso, ingredientes que conducen hacia la ***unión matrimonial*** .

Al aprender a llevar seguimiento o graficar (**NaProTRACK™**) los biomarcadores de la propia

[1] En el idioma de creación del **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System**, al **Profesional** se le conoce como **Fertility*Care*™ Practitioner**. (N. del T.)

fertilidad, uno puede comprender las fases de fertilidad e infertilidad que ocurren naturalmente y también puede vigilar y mantener la propia salud reproductiva y ginecológica. El **CREIGHTON MODEL System** es científicamente consistente, exacto, preciso y efectivo. Se puede usar para lograr o evitar el embarazo y, además, para la evaluación de **infertilidad, abortos espontáneos repetitivos, sangrado anormal, quistes ováricos recurrentes, dolor pélvico, síndrome premenstrual, etc.** Todo esto lo hace **cooperando con la fertilidad de cada persona, respetando la dignidad de la mujer y la integridad del matrimonio.** Como ventaja adicional, ayuda a los matrimonios a descubrir **"el alma profunda" de su sexualidad humana** .

El uso del **CREIGHTON MODEL System** para vigilar la salud reproductiva y ginecológica ha conducido a una nueva ciencia reproductiva médica y quirúrgica llamada **NaProTECHNOLOGY®**. Esta ciencia utiliza los patrones observados en el seguimiento (**NaProTRACK™**) del ciclo de forma que permite la interpretación de varios aspectos referentes a la salud femenina. En lugar de suprimir o destruir la fertilidad, como es tan común en el mundo de hoy, ***coopera*** con el sistema normal de procreación. En la actualidad, hay médicos entrenándose en esta nueva ciencia **NaProTECHNOLOGY®** de modo que el seguimiento del ciclo, **(NaProTRACK™)** tiene aun mayor valor.

Desde la quinta edición se han aumentado los capítulos titulados **"Descubrimiento del 'Alma Profunda' de la Sexualidad Humana"** e **"Interpretación de los Biomarcadores de la Salud y Fertilidad de la Mujer".** Estos capítulos son muy importantes en el uso de un sistema natural para la regulación de fertilidad y son especialmente importantes en el **CREIGHTON MODEL System.** Al prestar atención a los marcadores biológicos del ciclo, la mujer empieza a entender el lenguaje de su cuerpo. Al escuchar, uno puede empezar a comunicarse en formas que no ha sido posible en el pasado. Esta comunicación, reta a la pareja a una visión más profunda y significativa de su sexualidad humana. Al ser capaz de interpretar mejor los marcadores biológicos de su salud y fertilidad, la mujer enfrenta el desafío de tomar un mejor control de su salud ginecológica y reproductiva. El sistema verdaderamente da poder a la mujer porque el **CREIGHTON MODEL System** es **"Un Lenguaje Auténtico de La Salud y Fertilidad de la Mujer℠."**

¡Este sistema es **realmente increíble**! Al mismo tiempo que conserva la integridad personal y defiende las elecciones propias con respecto al uso de las fases naturales de fertilidad e infertilidad, se tiene el extraordinario beneficio de no amenazar ni la salud propia, ni la salud de las relaciones más significativas para uno.

Les deseamos éxito en su experiencia con el **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System** y esperamos que sea de gran ayuda para construir un **matrimonio fuerte y una familia saludable** .

Thomas W. Hilgers, MD

Thomas W. Hilgers, M.D., Dip. ABOG, ABLS, SRS
Consultor Médico en Jefe
Ginecología, Obstetricia, Medicina Reproductiva y Cirugía
Director del Instituto Papa Paulo VI para el Estudio de la Reproducción Humana



CAPÍTULO 1

EL CREIGHTON MODEL FertilityCare™ System

El **CREIGHTON MODEL FertilityCare™ System**[1] permite **conocer** y **entender** las fases de fertilidad e infertilidad que hay en el ciclo de la mujer. Al entenderlo, la pareja puede tomar decisiones (elegir) con respecto a **lograr** o **evitar un embarazo**. Como beneficio adicional, este sistema capacita a la mujer para **vigilar** y **mantener** su salud procreativa y ginecológica durante toda la vida. Además, quienes enseñan el **CREIGHTON MODEL System** son aliados de la salud **profesionales y entrenados.** También se da formación a médicos para que puedan incorporar este sistema en su práctica médica.

El **CREIGHTON MODEL System** considera la fertilidad **como parte de la salud y no de la enfermedad**. Es un **verdadero** método de planificación familiar que se puede usar en **dos sentidos.** Se puede usar tanto para **lograr** como para **evitar** un embarazo. No se trata simplemente de un anticonceptivo natural.

El sistema enseña a la mujer a observar ciertas señales biológicas **(biomarcadores)** que le comunican cuando es fértil o cuando es infértil, al mismo tiempo que le dan una muy buena visión de su propia salud. De hecho, se enseña a la mujer el **lenguaje de su cuerpo** de tal modo que puede **escuchar** lo que su cuerpo está diciendo. Es mas, con todo derecho puede decirse que es ***"Un Autentico Lenguaje de la Salud y Fertilidad de la Mujer℠"***.

En el **CREIGHTON MODEL System** se enseña a la pareja la capacidad para ***valorar, respetar y comprender*** su fertilidad. Esto es lo que se denomina **Apreciación de la Fertilidad** y es en verdad tener cuidado de la fertilidad (**FertilityCare™**). Muchas parejas notan que el amor y el respeto que tienen uno por el otro crecen al aumentar la comprensión y apreciación de su fertilidad. Apreciar la fertilidad es aceptarla como un proceso normal y saludable, como un **precioso don de Dios** que hay que amar, respetar, comprender y utilizar sabiamente.

El CREIGHTON MODEL FertilityCare™ System

El diagrama que se muestra en la Figura 1.1 (siguiente página) ilustra el concepto básico del **CREIGHTON MODEL System(CrMS)** El ciclo menstrual inicia el primer día del flujo menstrual y termina el día anterior al inicio de la siguiente menstruación. El flujo menstrual generalmente dura de tres a siete días. Es común que en los primeros días de menstruación el flujo sea más abundante que en los últimos.

Después de que cesa el flujo menstrual, la mujer generalmente observa la ausencia de flujo o la **sensación de sequedad** en la abertura de la vagina. Esto es uno de los **marcadores biológicos** del **CREIGHTON MODEL System.**

[1] La traducción aproximada de **CREIGHTON MODEL FertilityCare™ System** es Sistema de Cuidado de la Fertilidad del Modelo Creighton. Se conserva en el idioma original por tratarse de una marca registrada y protegida como propiedad intelectual (N. del T.).

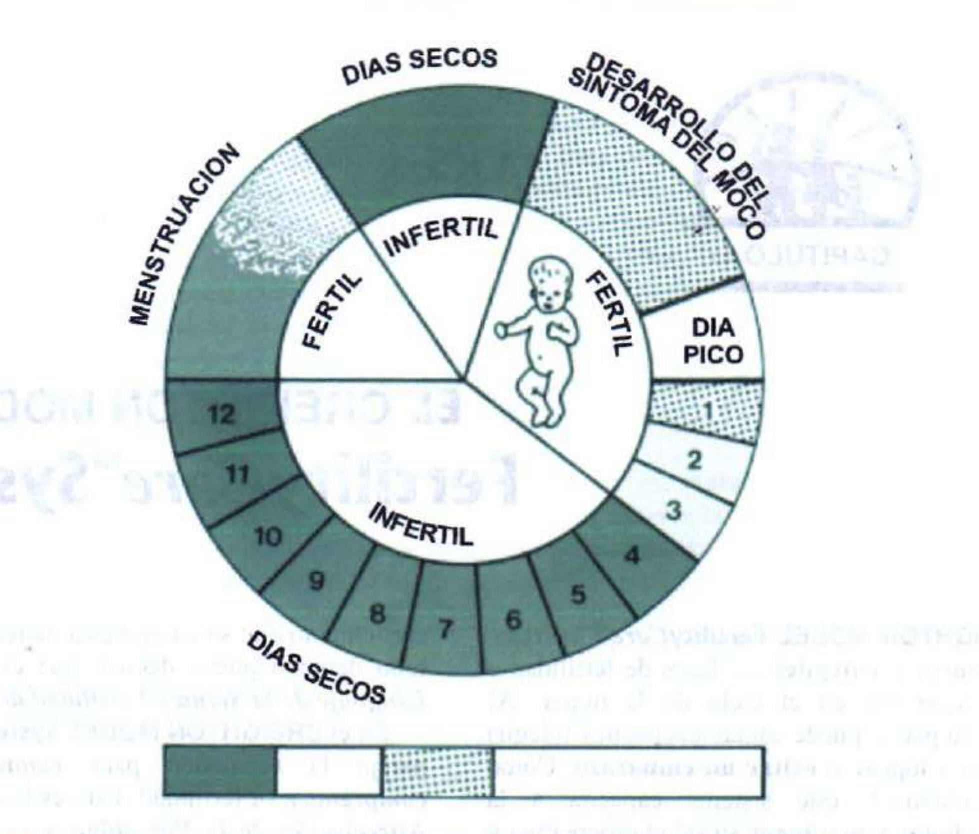


FIGURA 1.1: El diagrama circular del CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System

Tras estos días secos, generalmente comienza la secreción de un moco cervical que puede ser ***pegajoso y nublado*** (sticky/cloudy) o ***ligoso y nublado*** (tacky/cloudy). Unos días después, el flujo cambia y se vuelve ***transparente, elástico (clear, stretchy)*** o ***lubricante***. El ***último día*** de flujo transparente, elástico/stretchy o lubricante *es* conocido como el ***Día Pico.***

Pasado el ***Día Pico*** hay un ***cambio drástico*** en la naturaleza del flujo. Éste se vuelve otra vez pegajoso y nublado (sticky/cloudy) o ligoso y nublado (tacky/cloudy) o seco. El Día Pico se identifica por lo general uno o dos días después de que realmente sucede. A partir del cuarto día después del Día Pico, hasta el comienzo del siguiente flujo menstrual, la mujer percibe una sensación de sequedad otra vez.

Todas las observaciones de patrones de flujo o ausencia del mismo (los marcadores biológicos) se hacen en la abertura de la vagina. No hay exámenes internos en el **CrMS**.

En el **CrMS** se consideran días fértiles los del flujo menstrual y desde el inicio de la secreción del moco hasta tres días después del día Pico. Los días infértiles incluyen los días secos tras la menstruación y desde el cuarto día después del Día Pico hasta el comienzo de la siguiente menstruación (Ver el Capítulo 7 ***Instrucciones Básicas del Método*** y el Apéndice A ***Circunstancias Especiales*** .)

En el diagrama circular se observa que desde el Día Pico hasta el inicio de la siguiente menstruación se numeran los días desde el 1 hasta el 12. Por otro lado, no hay números para la fase que comienza con la menstruación y va hasta el día Pico. Esta es la fase preovulatoria del ciclo (fase Pre Pico) la cual tiene una duración sumamente variable. En cambio, la fase postovulatoria del ciclo (fase Post Pico) es de duración estable. Se ha demostrado que existe una estrecha correlación entre el ***Día Pico*** y el momento de la ovulación. Por lo tanto, es bastante predecible el tiempo que va desde la observación del Día Pico hasta la siguiente menstruación. Saber esto ayuda a ganar confianza en la observación del Día Pico y en el uso del **CrMS** y también ayuda a desarrollar la capacidad para apreciar los marcadores biológicos.

El periodo menstrual se considera fértil porque ***toda*** mujer, en alguna ocasión, podría tener un ***ciclo menstrual corto***. Cuando esto sucede, ***la ovulación ocurre antes*** de lo usual en el ciclo. En tales

situaciones no se presentarán días secos después de la menstruación. El moco estará presente durante el flujo menstrual y las condiciones para la supervivencia del espermatozoide serán las adecuadas para que ocurra un embarazo. Nadie puede predecir cuándo se presentará un ciclo menstrual corto. Puesto que el **CrMS** es un método prospectivo que no se basa en ciclos anteriores, el periodo menstrual se considera fértil. Existe la posibilidad de modificar esta instrucción una vez que se esté llevando seguimiento y el Profesional de **CrMS** pueda trabajar con el ciclo.

Es necesario contar tres días después del Día Pico porque la ovulación puede ocurrir durante estos días. En promedio, la ovulación ocurre el *Día Pico*. Sin embargo, puede ocurrir el primero, segundo o tercer día después del Día Pico. Según estudios científicos publicados, en el 95.6% de las veces, la ovulación ocurre ±2 días del Día Pico.

VENTAJAS DEL CREIGHTON MODEL System

Existen muchas **ventajas** de usar el **CrMS** como las que se mencionan a continuación:

- Es **profesional**
- Es **personalizado**
- Es **médicamente seguro**
- Es **moralmente aceptable**
- Es **fácil de aprender**
- Es **de bajo costo**
- Es **altamente confiable**
- Es **natural y cooperativo**
- Es un **sistema compartido**
- Es respetuoso de **la dignidad de la mujer** y **la integridad del matrimonio**
- Es **sumamente versátil** - puede emplearse en cualquier etapa de la vida reproductiva de la mujer
- **Identifica con precisión** los días de fertilidad e infertilidad reales
- Es una valiosa ayuda para aquellas parejas que tienen dificultades **para lograr el embarazo**
- Es **esencial para evaluar y mantener la salud de la mujer**

EL SISTEMA IDEAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Además de las ventajas citadas, las siguientes características lo convierten en un sistema ideal de planificación familiar:

- ***Se Comparte la Responsabilidad***
  A diferencia de los anticonceptivos, el uso del **CrMS se comparte en igualdad** entre el hombre y la mujer. Las parejas aprenden a comprender su **fertilidad combinada** .

- ***Es un Auténtico Sistema de Planificación Familiar***
  El mismo sistema puede ser empleado tanto **para lograr como para evitar** el embarazo, lo cual lo hace un **auténtico sistema** de planificación familiar.

- ***Realza la Propia Sexualidad***
  La pareja aprende que la **verdadera sexualidad** es eSpiritual, física (Physical), Intelectual, Creativa y Emocional en su completa dimensión (**SPICE**)[2]. El uso del **CREIGHTON MODEL System** ayuda a las parejas a desarrollar un equilibrio en su vida sexual y descubrir **"el alma profunda de la sexualidad humana"** (Ver Capítulo 2).

- ***Cooperación con Amor***
  El sistema también ayuda a desarrollar una **cooperación más amorosa** en las áreas de sexualidad y planificación familiar, que son tan importantes. Las parejas que lo utilizan dan testimonio de la importancia que ha tenido evitar periódicamente el contacto genital en el desarrollo de su relación matrimonial.

---

[2] **SPICE**, significa "especie o condimento" y sugiere, en un juego de palabras, que se "condimenta el amor matrimonial". Es un acrónimo formado por las letras iniciales en inglés, idioma original del modelo, de las dimensiones de la personalidad y se mantendrá igual en esta traducción: Spiritual, Physical, Intellectual, Creative, Emotional. (N. del T.)

EL ESPECIALISTA DE CREIGHTON MODEL EN EDUCACIóN DE LA FERTILIDAD

Los servicios del **CREIGHTON MODEL** se proporcionan mediante la educación de la pareja con respecto a su fertilidad y los marcadores biológicos de su salud ginecológica y reproductiva. Esto se logra por medio de una red de **Fertility*Care*™ Centers**[3] desarrollados y operados por **especialistas en educación de la fertilidad**. Estos especialistas se han formado con un programa cuyo currículum profesional fue desarrollado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Creighton y el Instituto *Pope Paul VI* para la Investigación sobre la Reproducción Humana, en Omaha, Nebraska y son los "entrenadores personales" en el sistema. Se pueden obtener más detalles respecto a este entrenamiento directamente con el **Profesional** de **Fertility*Care*™** (**Fertility*Care*™ Practitioner**[4].)

EL PROGRAMA DE APRENDIZAJE

El programa de aprendizaje está diseñado para satisfacer las **necesidades específicas** de cada nueva pareja que ingrese en él. Es esencial recibir la instrucción adecuada para adquirir confianza en el sistema y obtener la máxima efectividad. La pareja **ingresa** al programa con **una sesión introductoria** y continua con una serie de **citas de seguimiento personalizadas**. Este sistema verdaderamente se **"hace a la medida"** para los ciclos de cada mujer, y **puede usarse en cualquier etapa de la vida reproductiva de la mujer** (ciclos regulares o irregulares, estados anovulatorios, lactancia, pre-menopausia, post-píldora, etc.).

LA SESIóN INTRODUCTORIA

La sesión introductoria es una presentación en la que con el apoyo de diapositivas, se **introduce** a las parejas interesadas en el uso del **CREIGHTON MODEL System**. Se trata de una presentación general que se ofrece generalmente a un grupo reducido de parejas. Si es necesario, puede programarse una sesión introductoria para una sola pareja. Para inscribirse en la sesión introductoria basta ponerse en contacto con el **Fertility*Care*™ Center** más cercano. Puede obtenerse mayor información en www.fertilitycare.org .

SESIONES DE SEGUIMIENTO, INDIVIDUALES Y PERSONALIZADAS

Las sesiones de seguimiento están diseñadas para enseñar a las parejas a ser **usuarios reales** del **CrMS** . En las sesiones individuales de seguimiento, programadas a intervalos regulares, se da la **instrucción personal** en el uso del sistema y se hace una revisión completa de la graficación **(NaProTRACKING™)**[5]. Es esencial asistir a las sesiones de seguimiento para que la pareja desarrolle rápidamente confianza en el uso del sistema. Las sesiones se personalizan para tratar cada necesidad particular y asegurar que se reciba atención individual, que se pueda preguntar cualquier duda y que el sistema se "ajuste a la medida" de cada quien. Las sesiones de seguimiento individuales se ***orientan a la pareja***, por lo que tanto el esposo como la esposa deben tener planeado participar en ellas.

Tras la sesión introductoria, las sesiones de seguimiento se realizan de acuerdo con el siguiente programa básico:

1er Seguimiento........ a las 2 semanas
2º Seguimiento .... a las 4 semanas
3º Seguimiento .... a las 6 semanas
4º Seguimiento .... a las 8 semanas
5º Seguimiento .... a los 3 meses
6º Seguimiento .... a los 6 meses
7º Seguimiento .... a los 9 meses
8º Seguimiento .... a los 12 meses

La mayor parte del aprendizaje se logra durante las **primeras cinco sesiones** de este programa de seguimiento. Las sesiones adicionales son útiles para

[3] **Fertility*Care*™ Centers** significa Centros de Cuidado de la Fertilidad pero al igual que otros nombres, se conserva en el idioma original (N. del T.).

[4] Como se mencionó en la introducción de este manual, **Fertility*Care*™ Practitioner** se ha traducido como Profesional del cuidado de la fertilidad o Profesional de **Fertility*Care*™**

[5] **NaProTRACKING™** : Seguimiento de los biomarcadores. (N. del T.)

reforzar el aprendizaje. Posteriormente, se recomienda tener sesiones de seguimiento cada seis a doce meses o según sea necesario. También puede consultarse al Profesional del **CREIGHTON MODEL** entre sesiones si surge alguna duda.

USO DEL SISTEMA CON ÉXITO

Para el uso exitoso de este sistema, es necesario ***hacer observaciones precisas y graficarlas correctamente*** (**NaProTRACKING™**) Además, es necesario ***seguir las instrucciones*** del sistema que dependen de la decisión de la pareja ya sea de lograr o evitar el embarazo. Es ***fundamental*** darse cuenta de que se trata de un ***método compartido de planificación familiar***. La responsabilidad de su uso recae tanto en el esposo como en la esposa. Por esto, es necesario estar ***mutuamente motivados*** y comenzar a usarlo con ***un espíritu amoroso y cooperador***.

La información contenida en este manual de introducción, será útil para cualquier pareja que desee usar este sistema. Hay que tener presente que el tiempo, energía y paciencia empleados en el aprendizaje del método se trata de ***una inversión a futuro***. Es un sistema que ***debe considerarse permanente*** y para aplicarse ***el resto de la vida reproductiva.***



El Descubrimiento del "Alma Profunda" de la Sexualidad Humana

El **CREIGHTON MODEL** ***FertilityCare*™ System** es un medio con el que una pareja puede aprender a conocer y entender las fases de fertilidad e infertilidad que ocurren naturalmente en el ciclo de una mujer. A partir de este conocimiento, la pareja puede lograr o evitar el embarazo. No se trata de un método anticonceptivo. Ni siquiera de un método natural de anticoncepción. Es un sistema que toma en cuenta la **totalidad de la persona humana** .

Además, es un sistema que considera la **fertilidad como parte de la salud y no como una enfermedad**. En la cultura anticonceptiva de la actualidad, la fertilidad humana es vista predominantemente como una enfermedad. La anticoncepción, esterilización y programas de aborto que dominan las opciones de planificación familiar, se enfocan en suprimir o destruir la capacidad procreativa. Sin embargo, en el **CREIGHTON MODEL System** mediante conocimiento y comprensión, el matrimonio alcanza un **entendimiento más profundo** del **ciclo de la mujer** y finalmente**, del ciclo de la fertilidad de la pareja** .

Cuando la fertilidad se considera parte de la salud y no parte de la enfermedad, se le ve como **a un amigo**, no como a un enemigo, como algo que es **bueno y no como un obstáculo**, como algo con lo que hay que trabajar y no como algo a lo que hay que oponerse. Esto lleva al **respeto del cuerpo del cónyuge** .

En el **CREIGHTON MODEL System**, la mujer y su esposo aprenden a **escuchar** los marcadores biológicos del ciclo femenino, que le hablan respecto a su salud y fertilidad. El **CREIGHTON MODEL** ayuda a aprender y entender el **lenguaje de su cuerpo**. Para quienes son creyentes, tiene especial significado si se considera estar **"hechos por Dios a Su imagen y semejanza"**.

Tras años de enseñar el **CREIGHTON MODEL System** hemos aprendido que la comunicación mejora porque los esposos deben hablarse para lograr su misión conjunta de planear la familia. Las **mujeres deben escuchar a sus cuerpos** para entender mejor su salud ginecológica y reproductiva. **Los varones comprenden a sus esposas** en una manera en que no habían sido capaces en el pasado.

Elegir el **CREIGHTON MODEL System** implica la habilidad de conocer y entender el ciclo de la mujer. Al hacerlo se nota una mejoría en :

- **Diálogo entre los esposos (comunicación)**
- **Respeto mutuo**
- **Responsabilidad compartida**
- **Auto control y auto dominio**

> La ternura y el afecto constituyen el "alma profunda de la sexualidad humana"

Para comprender y trabajar con el ciclo de fertilidad, debe enfrentarse el reto de dialogar con el otro. Esta comunicación permite que los esposos reconozcan el carácter tanto espiritual como corporal de su unión sexual. Esta **sexualidad unificada** les capacita para vivir un amor profundamente **personal** y con exigencia de fidelidad.

Al respetar el cuerpo del cónyuge, crece la apreciación mutua y se promueve la expresión de **ternura** entre los esposos. Mediante la comprensión de los ciclos de fertilidad y su uso en el día a día, se puede desarrollar y expresar una **auténtica libertad**

dentro del matrimonio. De hecho, el uso de tal sistema natural para regular la fertilidad, ofrece un **lenguaje innato** en el cual los esposos pueden expresar su deseo **de entregarse completamente al otro**. Al utilizar medidas anticonceptivas se le está diciendo al cónyuge: "yo acepto todo lo que tú eres...excepto tu fertilidad". Por el contrario, el sistema natural le dice al otro "**¡te acepto y te amo tal y como tú eres!**"

En este contexto, pueden desarrollarse la **ternura y el afecto** que constituyen **"el alma profunda de la sexualidad humana"**[1]. De este modo la sexualidad se respeta y promueve en su dimensión total y verdaderamente humana, y la persona nunca es "usada" como un "objeto". Cuando ocurre esto último, se atacan las interacciones más profundas de la persona humana y se empieza a amenazar la relación.

... la pareja debe aprender a distinguir entre la "caricia que excita" y la "caricia que afirma"

El **CREIGHTON MODEL System** reta a los matrimonios a mirar la sexualidad desde una amplia perspectiva multidimensional. Les invita a ser **sexualmente completos**, y ver la sexualidad desde las perspectivas **eSpiritual, Física, Intelectual, Creativa/Comunicativa** y **Emocional/psicológica** (**SPICE**) (capítulo 8).

Para lograrlo, la pareja debe aprender a distinguir entre **la "caricia que excita" y la "caricia que afirma".** La caricia que excita tiene su lugar en el encuentro sexual físico, pero en realidad, la "caricia que afirma" es más **profunda** y **significativa** pues expresa **ternura y afecto**, y está en el centro de **"el alma profunda de la sexualidad humana".**

Al considerar la cultura en la que vivimos, increíblemente destructiva, se puede ver que el énfasis en el aspecto físico de la sexualidad humana ha dejado un **vacío** en la capacidad de los matrimonios para descubrir "el alma profunda" de su propia sexualidad humana.

Los **problemas sociales que enfrenta nuestra sociedad son muchos**. La familia se ha desintegrado, el número de divorcios ha crecido, cada vez hay más casos de enfermedades de transmisión sexual, aborto, maltrato y abuso sexual de menores, homosexualidad, suicidio de adolescentes, alcoholismo, drogadicción, embarazos fuera del matrimonio, etc. Está bien documentado el aumento de la violencia doméstica o familiar en la cultura Americana y Occidental, y esto ha ocurrido principalmente en los últimos 40 años, desde que se generalizó el uso de los anticonceptivos.

Si se piensa en ello, la anticoncepción es un **lenguaje contradictorio** con el cual se que dice que uno no se entregará totalmente al otro. Lleva a rechazar **enfáticamente la apertura a la vida** y a **falsificar la verdad intrínseca** del aspecto físico de la sexualidad humana.

Lo que ha **hecho falta** en nuestra cultura ha sido **descubrir el "alma profunda" de nuestra sexualidad humana**. Nos ha faltado la capacidad de ser tiernos y afectuosos con los demás, ser cálidos y sensibles, de acercarnos de forma realmente cariñosa y honesta y de ser íntegros. Por los últimos 40 años hemos vivido en una cultura que nos dice "que cada niño, sea un niño deseado" y a pesar de ello, quizás haya más **niños no queridos** en la cultura occidental que nunca en la historia. De hecho, el desafío real que enfrentamos es que "**¡cada niño sea amado y cuidado!**". Eso debería ser el "toque de clarín" de este milenio.

El **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System** está para ayudar a descubrir el **"el alma profunda de la sexualidad humana"**, para que el cariño y la ternura, la caricia que afirma, la conexión sentimental, la unión conyugal, ese matrimonio fuerte y esa familia sana ¡se conviertan en una realidad!

---

[1] **El primero en hablar del "alma profunda de la sexualidad humana" fue el Papa Juan Pablo II en su Exhortación Apostólica Familiaris Consortio (Sobre la Misión de la Familia Cristiana en el Mundo Actual), publicada en 1981. Papa Juan Pablo II escribió: "La elección de los ritmos naturales comporta la aceptación del tiempo de la persona, es decir de la mujer, y con esto la aceptación también del diálogo, del respeto recíproco, de la responsabilidad común, del dominio de sí mismo. Aceptar el tiempo y el diálogo significa reconocer el carácter espiritual y a la vez corporal de la comunión conyugal, como también vivir el amor personal en su exigencia de fidelidad. En este contexto la pareja experimenta que la comunión conyugal es enriquecida por aquellos valores de ternura y afectividad, que constituyen el alma profunda de la sexualidad humana, incluso en su dimensión física. De este modo la sexualidad es respetada y promovida en su dimensión verdadera y plenamente humana, no "usada" en cambio como un "objeto" que, rompiendo la unidad personal de alma y cuerpo, contradice la misma creación de Dios en la trama más profunda entre naturaleza y persona". (Párrafo 32)**



ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA BÁSICAS

Es importante que todas las parejas que utilizan el **CREIGHTON MODEL System** tengan un entendimiento básico del funcionamiento del cuerpo. El propósito de este capítulo es describir la anatomía y fisiología del sistema reproductivo para ayudar a entender cómo trabaja el **CREIGHTON MODEL System** y porqué es tan efectivo. Si la pareja comprende estos conceptos, más tarde se verá cómo se aplican al aprender y usar el sistema.

Comencemos afirmando que ***el hombre es siempre fértil***. Su fertilidad se inicia a los doce o trece años y continúa a lo largo de su vida. Es trascendental que el hombre aprecie la naturaleza de su propia fertilidad. El varón debe comprender su papel en el proceso de la fertilidad para que el **CREIGHTON MODEL System** resulte un éxito.

La célula de la reproducción humana con la que el varón contribuye se llama ***espermatozoide***. La Figura 3.1 muestra la fotografía microscópica de un espermatozoide. El material genético para la reproducción está contenido en la cabeza del espermatozoide y su capacidad de moverse de un lugar a otro viene del movimiento de su cola.

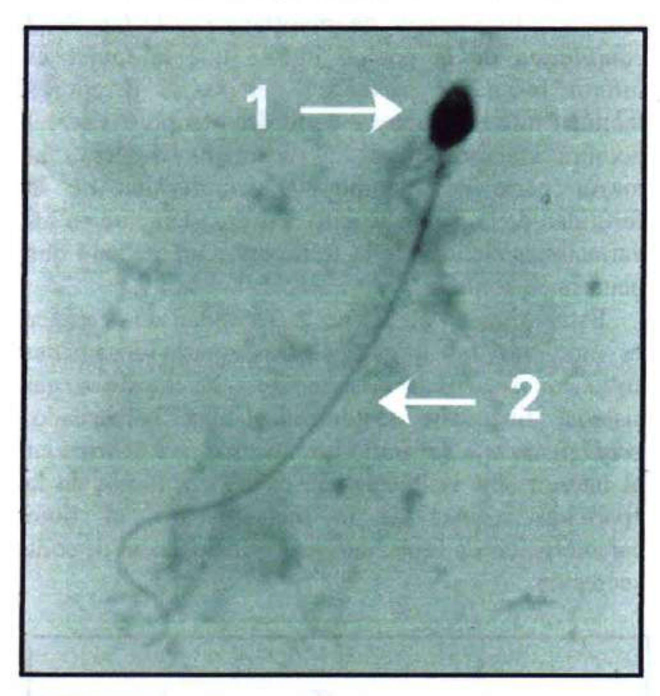


FIGURA 3.1: Fotografía microscópica de un espermatozoide indicando su cabeza (1) y su cola (2).

Los espermatozoides se producen en dos glándulas llamadas **testículos** (Figura 3.2). Los testículos se localizan en el exterior del cuerpo del varón. Se localizan ahí principalmente porque el espermatozoide es sumamente sensible al calor y si los testículos se encontraran dentro de cuerpo, el aumento de temperatura destruiría al espermatozoide. En ocasiones, esta puede ser la causa de la infertilidad masculina. Después de que los espermatozoides son producidos en los testículos, son transportados por un tubo llamado el ***conducto deferente***. Del conducto deferente los espermatozoides van a la uretra y son transportados al exterior del cuerpo del varón. La uretra es el canal que normalmente conecta la vejiga con el exterior del cuerpo.

Mientras que el hombre es siempre fértil, la mujer es infértil la mayor parte del tiempo. ***La mujer es fértil solo durante un breve periodo*** en cada ciclo menstrual. Obviamente no es del todo correcto hablar

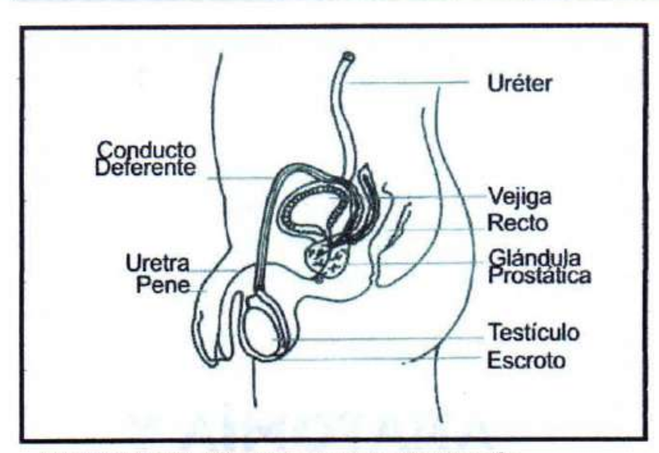


FIGURA 3.2: Diagrama de la Anatomía Masculina.

por separado de fertilidad masculina y fertilidad femenina. El concepto de importancia es la ***fertilidad combinada*** de la pareja. Puesto que la mujer es infértil la mayor parte del tiempo, la pareja es también infértil la mayor parte del tiempo. Al ser el hombre siempre «fértil» y la mujer «infértil» la mayor parte del tiempo, la comprensión de la fertilidad de la pareja se enfoca necesariamente en las variaciones cíclicas de la fertilidad e infertilidad que ocurren en la mujer.

Esta variación cíclica en la fertilidad de la mujer es uno de los procesos más maravillosamente sofisticados en toda la naturaleza. De hecho es un sistema finamente sintonizado, bien balanceado, ***ecológicamente sensible.*** Los sucesos que ocurren en el interior son visibles en el exterior a través de la aparición regular de la menstruación, el flujo característico de moco cervical y la ausencia de toda secreción.

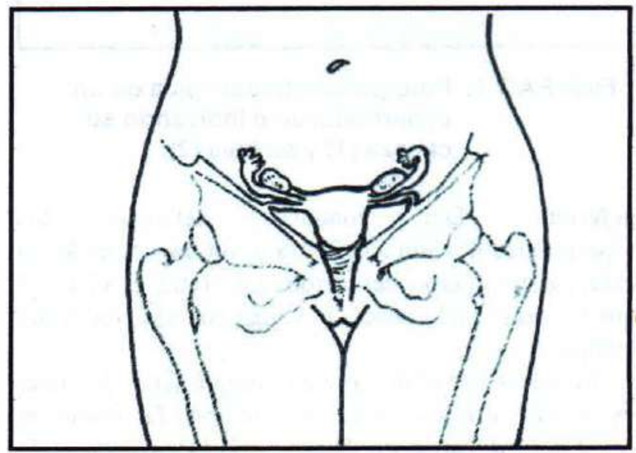


FIGURA 3.3: El Útero, Trompas y Ovarios, Dentro de la Región Pélvica Femenina.

Los órganos reproductores de la mujer se encuentran protegidos dentro de la cavidad pélvica. La Figura 3.3 muestra la localización de los órganos reproductores –el **útero, las trompas de Falopio** y **los ovarios**- tal como están en la pelvis de una mujer. A diferencia de lo que sucede en el hombre, los órganos reproductores de la mujer se localizan dentro del cuerpo.

La Figura 3.4 muestra un diagrama del útero, las trompas de Falopio y los ovarios. Los ***ovarios*** son órganos en forma de almendra que se encuentran a ambos lados del útero. El ***útero*** es básicamente un músculo en forma de pera. Existe una cavidad dentro del útero y a su entrada existe un órgano llamado ***cérvix***. Recubriendo el canal del cérvix se encuentran las ***criptas cervicales,*** formando una especie de pliegues que salen del canal cervical. Dentro de estas criptas cervicales es donde se produce el moco cervical. El moco se secreta como **fluido cervical**

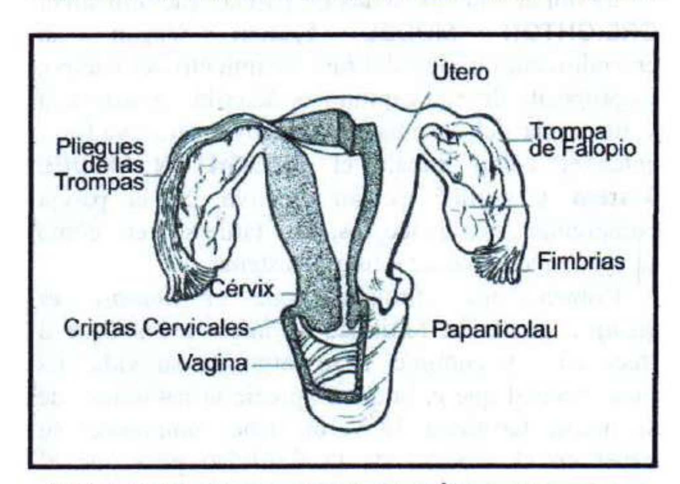


FIGURA 3.4: Corte Frontal del Útero, Trompas de Falopio, Ovarios, Cérvix, Criptas Cervicales y Vagina.

hacia el exterior del cuerpo femenino, donde se llevan a cabo todas las observaciones. ***No se hacen observaciones internas*** cuando se emplea el **CrMS**. En la Figura 3.4 también se muestra la abertura del cérvix, lugar donde se toma la muestra para el ***examen Papanicolaou.***

El **ciclo menstrual** comienza con el primer día de sangrado menstrual y termina el día anterior al siguiente periodo menstrual. La duración de este ciclo tiende a ser algo irregular. Aunque la duración promedio del ciclo menstrual es de 28 días, la mayoría de las mujeres experimentan durante el curso de su vida reproductiva ciclos menstruales de 21 hasta 38 o 40 días de duración. Muchos se preguntan

por qué un ciclo menstrual puede ser corto mientras otro puede ser más regular y otro puede ser largo.

La Figura 3.5 muestra las fases del ciclo menstrual. Básicamente hay dos fases importantes, la ***fase preovulatoria*** y la ***fase postovulatoria***. La fase preovulatoria del ciclo se cuenta desde el primer día de sangrado menstrual hasta el día de la ovulación. La fase postovulatoria va desde el día después de la ovulación hasta el día previo al inicio del siguiente período.

La fase ***preovulatoria*** del ciclo es la que es **sumamente variable**. La fase ***postovulatoria*** del ciclo es **bastante estable** en su duración. Desde el

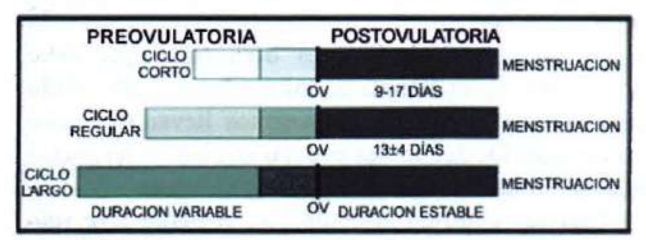


FIGURA 3.5: Las fases del ciclo menstrual y las diferencias entre un ciclo corto y uno largo.

momento de la ovulación hasta el comienzo del siguiente periodo menstrual hay un promedio de 13 días, aunque puede esperarse un rango de 9 a 17 días en una población femenina. En el caso particular de cada mujer, existe una gran consistencia en la duración de la fase postovulatoria. **Lo que, en última instancia, determina si el ciclo será corto o largo, es la duración de la fase preovulatoria.**

Durante el curso del ciclo menstrual, en el ovario ocurre el llamado "ciclo de la ovulación" (Figura 3.6). El ciclo menstrual y el ciclo de ovulación que le

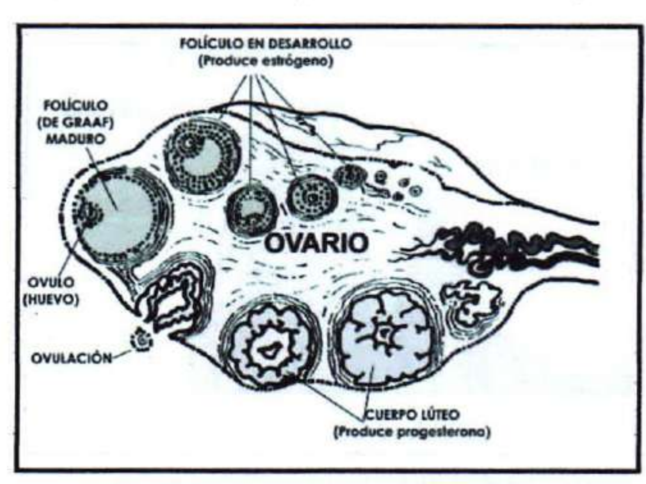


FIGURA 3.6: El Ciclo de Ovulación

acompaña, son el resultado de la estrecha interacción de varias hormonas. La ***glándula pituitaria*** (la glándula maestra del cuerpo) es una pequeña estructura del tamaño de un guisante (chícharo o garbanzo) que descansa en la base del cerebro. Esta glándula produce dos hormonas que son muy importantes para el correcto funcionamiento de estos ciclos llamadas ***Hormona Folículo Estimulante (FSH)*** y ***Hormona Luteinizante(LH).***[1] La FSH estimula el desarrollo de un óvulo dentro del ovario. La LH estimula la liberación del óvulo desde el ovario.

Existen varios cientos de miles de óvulos sin desarrollar en el ovario. Al inicio del ciclo menstrual se seleccionan uno o dos de estos óvulos que madurarán para la ovulación. Estos óvulos se desarrollan dentro de un ***folículo***. El folículo es una estructura pequeña parecida a un quiste. El folículo empieza a crecer y madurar y justo antes de la ovulación mide alrededor de 2.5 cms (1 pulgada). En ese momento se llama ***folículo maduro***. Con la ruptura de este folículo, el ovario libera al óvulo en un proceso llamado ***ovulación***. El mismo tejido que

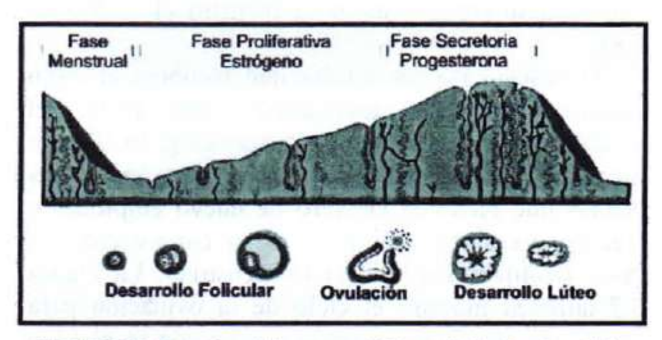


FIGURA 3.7: Cambios en el Recubrimiento del Útero.

era el folículo maduro ahora se convierte en lo que se conoce como el ***cuerpo lúteo,*** del latín, corpus luteum, que significa "cuerpo amarillo" porque se ve de color amarillo en el ovario.

El folículo en desarrollo produce una hormona llamada ***estrógeno***, la **hormona preovulatoria predominante** y que estimula la producción del moco cervical en el cérvix. Pasada la ovulación, el cuerpo lúteo produce una hormona llamada

[1] FSH y LH: Hormona Folículo Estimulante y Hormona Luteinizante, se conservan aquí las iniciales en inglés, el idioma original, con fines de estandarización del sistema. (N. del T.)

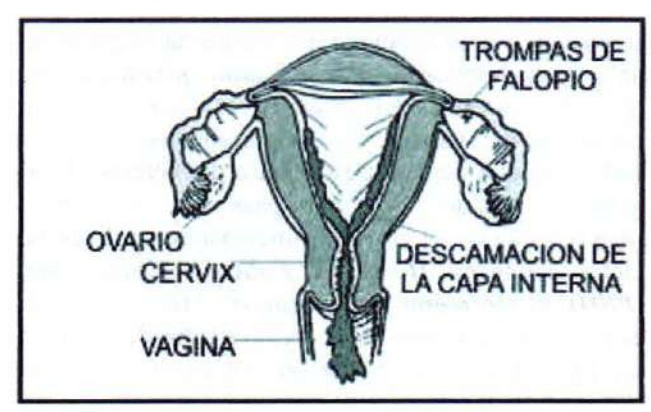


FIGURA 3.8: Menstruación.

progesterona que es la hormona **postovulatoria predominante**. Esta hormona detiene la producción del moco y es esencial para el soporte hormonal de las células que recubren el útero preparándolo para el embarazo. La infertilidad o los abortos espontáneos frecuentes pueden ser causados por un cuerpo lúteo inadecuado que no produce suficiente progesterona.

Los cambios que ocurren en el recubrimiento del útero durante el ciclo menstrual, se muestran en la Figura 3.7. Las células que recubren el útero son las que se desprenden durante la menstruación (Figura 3.8).

Al descamarse las células que recubren el útero durante la **"fase menstrual"** del ciclo, el recubrimiento del útero se hace muy delgado. Tras la menstruación, bajo la influencia del **estrógeno**, las células que recubren el útero de nuevo empiezan a crecer y a desarrollarse en lo que se conoce como la **"fase proliferativa"** del ciclo menstrual. La Figura 3.7 también muestra el ciclo de la ovulación para mostrar la coordinación de lo que sucede en el ciclo de ovulación y en el recubrimiento del útero. La fase de desarrollo folicular en el ovario coincide con la fase proliferativa en el recubrimiento del útero. Cuando ha ocurrido la ovulación y comienza el desarrollo lúteo con la producción de **progesterona**, las células que recubren el útero **comienzan a secretar un fluido muy nutritivo**. A esta fase se le conoce como la **"fase secretoria"** del ciclo menstrual. Durante esta fase del ciclo se implanta la nueva vida humana si ha habido concepción. Si no hay un embarazo, el nivel de progesterona decae, retirando su soporte hormonal al recubrimiento del útero y las células del recubrimiento son descamadas con un nuevo sangrado menstrual. El proceso cíclico comienza una vez más.

Es importante entender que la ***ovulación ocurre en un solo día*** durante un determinado ciclo menstrual. La ovulación no ocurre hoy y luego otra vez en algún momento de la semana siguiente. Si esta forma de ovulación doble realmente ocurriera, por supuesto que **CrMS** no funcionaría. Este tipo de ovulación doble es uno de los **viejos mitos** que debe despejarse cuando se habla de cualquier forma natural de regular la fertilidad. Por supuesto que la ovulación puede ocurrir dos o hasta tres veces en un ciclo, como lo prueban los gemelos o trillizos no-idénticos. Sin embargo, cuando la ovulación ocurre dos veces en un ciclo menstrual, lo hace dentro del ***mismo período de 24 horas***. Desde un punto de vista práctico, esta forma de ovulación doble no supone problema para los usuarios de **CrMS** .

Como información extra a este respecto, algunas personas creen que la mujer ovula en respuesta a la estimulación sexual. Este es **otro mito** que debe despejarse. La evidencia de tal ovulación estimulada sexualmente viene de experimentos llevados a cabo en conejos. De hecho, las conejas ovulan en respuesta a la estimulación sexual, pero las mujeres no.

Una vez ocurrida la ovulación, ***el óvulo vive solo 12-24 horas*** si no es fertilizado. De hecho, el rango de vida del óvulo se acerca más a 12 horas que a 24 . Este rango de vida del óvulo es tan corto que si nuestra fertilidad dependiera sólo de este hecho, pocas personas se embarazarían durante toda su vida reproductiva. Pero hay otro ***factor vital*** que extiende el periodo fértil. Este factor vital es **el moco cervical** . El moco cervical permite al espermatozoide sobrevivir el tiempo suficiente para estar disponible cuando un óvulo es liberado y por supuesto, éste es el moco cervical que se observa cuando se aprende y se comprende la fertilidad propia a través del **CrMS** .

El espermatozoide necesita moco cervical para sobrevivir. En ausencia de un buen moco, el espermatozoide moriría literalmente en unas pocas

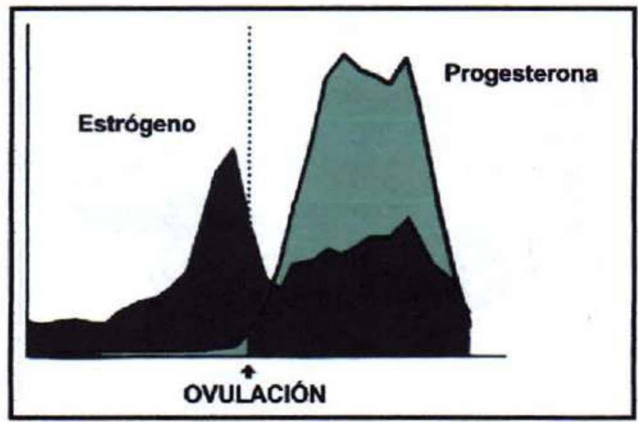


FIGURA 3.9: Patrón de Producción de las Hormonas Ováricas Durante el Ciclo.

horas, incluso en minutos cuando se coloca en la vagina. Sin embargo, en presencia de un buen moco cervical, el espermatozoide puede vivir de tres a cinco días. **La supervivencia del espermatozoide depende directamente de la presencia de un buen moco cervical.**

El **estrógeno**, hormona de la que se ha hablado antes, es extremadamente importante en la producción del moco. Esta hormona llega a un nivel muy alto o tiene un pico, aproximadamente un día antes de la ovulación.

En la Figura 3.9 se muestra el patrón de las dos hormonas ováricas, **el estrógeno** y **la progesterona**, según cambian a lo largo del ciclo menstrual. El primer día del ciclo menstrual estaría en la esquina inferior izquierda de esta gráfica, y el último día del ciclo menstrual en la esquina inferior derecha. El día de la ovulación se muestra con una línea vertical punteada a la mitad de la gráfica.

Si se sigue la curva del estrógeno, puede notarse que su nivel sube a un nivel muy alto, un pico, justo antes de la ovulación. **Este aumento en el estrógeno es el que estimula la producción del moco cervical.** Tras la ovulación, la hormona predominante es la progesterona. Esta hormona crece a niveles muy altos después de la ovulación. **La progesterona inhibe los efectos del estrógeno en la producción de moco cervical.** Esto también ayuda a preparar las células que van a recubrir el útero, para la implantación de una nueva vida humana, como ya se mencionó.

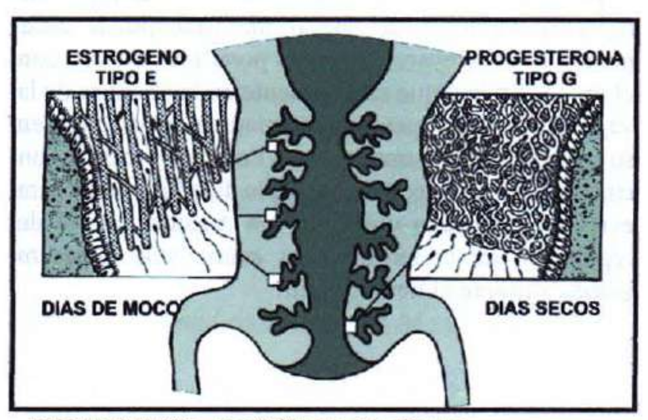


FIGURA 3.10: La Válvula Biológica.

En la Figura 3.10 se muestra la muy importante función del moco cervical en la fertilidad humana. En el lado izquierdo se muestra un tipo de moco cervical muy característico, que sólo se produce cuando los niveles de estrógeno están subiendo o son muy altos. Este tipo de moco se acomoda en ***bandas paralelas*** formando canales en los que literalmente, pueden nadar los espermatozoides de modo que pueden penetrar a través del cérvix y ascender a las trompas de Falopio en donde se llevará a cabo la concepción. A este tipo de moco cervical se le llama **Moco Tipo E.** A la derecha de la Figura se observa el tipo de moco que se produce cuando los niveles de estrógeno son muy bajos o cuando los niveles de progesterona son altos. Este tipo de moco se llama **Moco Tipo G**; es muy espeso y denso y, de hecho, actúa como **una barrera para la penetración de los espermatozoides.**

Estos dos tipos de moco cervical actúan, en efecto, como una ***válvula biológica***. Cuando está presente el moco Tipo E estimulado por el estrógeno, la válvula está abierta y permite la penetración de los espermatozoides. Con el moco Tipo G la válvula se cierra a la penetración de los espermatozoides. ***La válvula biológica es esencial para la fertilidad humana*** y asegura que haya espermatozoides y óvulos frescos en el momento de la concepción. En el **CREIGHTON MODEL System** se enseña a la pareja a determinar cuando la válvula biológica está abierta y cuando está cerrada. Los marcadores biológicos dan información confiable al respecto.

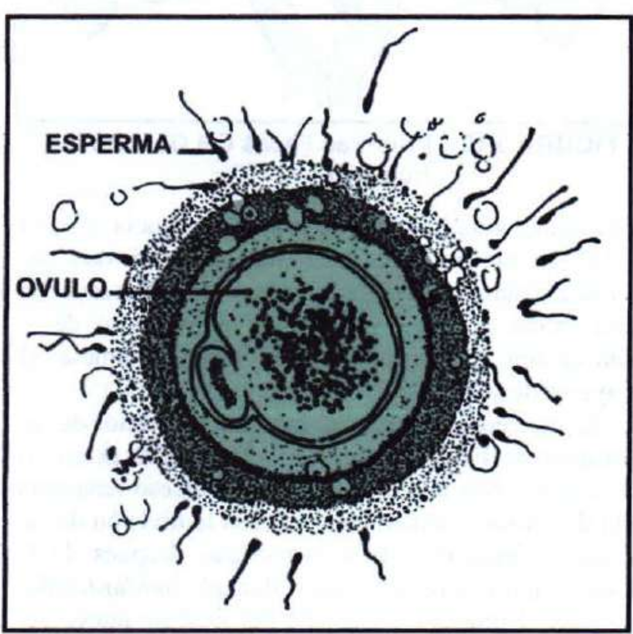


FIGURA 3.11: La Concepción – El Inicio de la Vida Humana.

Nuestra fertilidad depende de la presencia de ***buenos espermatozoides***, ***buenos óvulos*** y ***buen moco cervical***. Existen, por supuesto, muchos otros factores involucrados en el proceso de la fertilidad, pero la presencia de moco cervical de buena calidad

es casi tan importante en el proceso de la fertilidad como la presencia de buenos espermatozoides y buenos óvulos. Apenas estamos comenzando a apreciar el papel del moco cervical en el proceso reproductivo total. Sin embargo, cuando cualquiera de estos tres factores está ausente, la pareja no concebirá.

Cuando el espermatozoide se une con el óvulo,

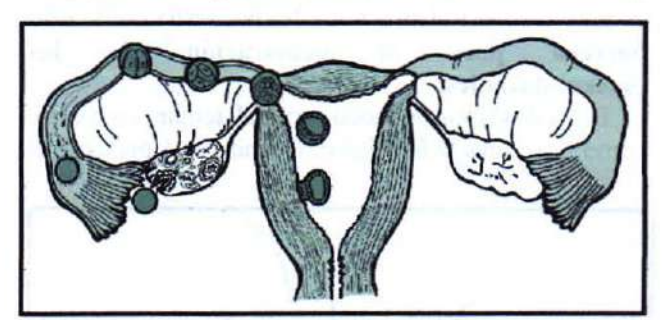


FIGURA 3.12: Primeras Fases del Desarrollo Humano.

una nueva vida humana llega a la existencia (Figura 3.11). La nueva vida es diferente a cualquier otra que haya existido jamás. Cada vida humana creada en esta forma es única y es desde el momento de la concepción que cada uno de nosotros inicia el trayecto de su vida.

La concepción ocurre en la porción exterior de las trompas de Falopio (Figura 3.12). En los primeros días posteriores a la ***concepción***, el proceso temprano del desarrollo humano continúa con la división de las células. Cerca de seis a nueve días después de la concepción ocurre un proceso llamado ***implantación*** . Este es el proceso por medio del cual un nuevo ser humano se anida en la pared lateral del útero estableciendo un sistema de soporte para la jornada de nueve meses que culminará al nacer.

El niño continúa creciendo y desarrollándose dentro del útero durante nueve meses. En la Figura 3.13 se muestra el niño a las 16 semanas de edad. La placenta se encuentra en la parte superior izquierda y el niño está conectado a ese sistema de soporte por el cordón umbilical.

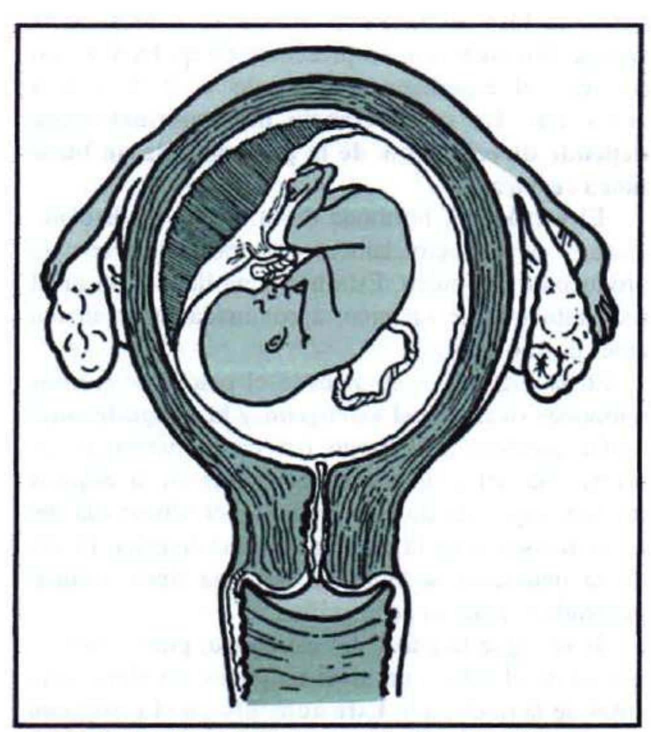


FIGURA 3.13: El Niño aun No Nacido- 16 Semanas de Edad.

Una nota final para aquellos que desean utilizar el **CREIGHTON MODEL System** como un medio para evitar el embarazo. En los días de fertilidad ***cualquier contacto genital puede resultar en embarazo***, aún sin penetración o eyaculación. Existe un fluido producido por el varón que se conoce como ***fluido pre-eyaculatorio*** con una muy alta concentración de espermatozoides y si este fluido (que puede estar presente sin la eyaculación) se pone en contacto con el moco cervical que está presente en la abertura de la vagina, puede ser que los espermatozoides encuentren su ruta hasta las trompas de Falopio y ocurra un embarazo. Por ello, un **principio fundamental** para evitar el embarazo utilizando un método natural de regulación de la fertilidad es ***evitar todo contacto genital*** durante el tiempo fértil.



CAPITULO 4

HACER BUENAS OBSERVACIONES DE LOS BIOMARCADORES

La investigación científica y educacional ha dado como resultado un sistema estandarizado para hacer las observaciones de los marcadores biológicos (***biomarcadores***). Esta estandarización es un desarrollo importante del **CREIGHTON MODEL System** porque permite la utilización de un **sistema común** a todos los usuarios, proporciona un **lenguaje común** en el uso del método, **facilita las mejoras** al método y permite la **transferencia de las parejas** a un nuevo instructor en caso de algún cambio de lugar de residencia.

En este capítulo se explica el procedimiento para hacer buenas observaciones. Este procedimiento tendrá que volverse una **rutina**, que debe realizarse incluso en las ocasiones en que el sistema no revele una observación significativa. La **realización rutinaria** de las observaciones asegura que el moco se **observará cuando se presente**. Esto es básico en la obtención y uso de buenas observaciones.

Con esto en mente, se presenta ahora este sistema para observar los marcadores biológicos, que ha sido totalmente evaluado y probado en uso real.

LOS TRES PASOS EN LA EVALUACIóN

Todas las observaciones se hacen en la abertura de la vagina. Se siguen esencialmente tres pasos para observar el moco:

Paso 1 : ***Limpiar la abertura de la vagina*** con papel sanitario poniendo atención a la ***sensación*** que esto produce.

Paso 2 : ***Observar el papel*** para determinar la presencia o ausencia de moco.

Paso 3: Si hay moco en el papel, ***examinarlo*** tomándolo entre los dedos índice y pulgar.

En una buena observación, se consideran básicamente tres elementos. La mujer tiene que determinar la ***sensación*** generada con la presencia del moco, la ***elasticidad y consistencia*** del moco y su ***color***. El ***principio básico*** detrás del uso de estos tres pasos al registrar los biomarcadores es evitar que se olvide o ignore alguno de estos elementos de una buena observación.

Una forma fácil de recordar los tres pasos es la palabra **SOFT**[1]:

S = Sentir
O = Observar
F T = Finalmente, Tocar y examinar con los dedos

---

[1] En inglés, el idioma original, el acrónimo SOFT, (que se traduce como *suave*), lo forman las palabras Sensation, Observation, Finger Test. Se conserva en la traducción por claridad del modelo.

Es importante definir la sensación que origina el flujo, ***antes*** de mirar al papel. La ***sensación es muy importante*** y es algo que la mujer ***siente*** .***No*** es algo que pueda ver.

El segundo paso al observar el flujo es la ***revisión visual*** del papel para ***ver*** si hay moco o no. En caso de que haya, se sigue al Paso 3.

En el tercer paso se toma del papel el moco presente y se ***examina entre los dedos*** pulgar e índice. Con este paso se determina la elasticidad del moco y su ***consistencia***, así como el ***color.***

Debe examinarse ***con los dedos, cada vez que haya moco*** en el papel, y todas las zonas de descarga presentes en él. Examinando todas las ***áreas*** donde se presente el moco se evitan errores en la observación.

Para determinar el color del moco, al examinarlo con los dedos debe elevarse a nivel de los ojos para poder "ver a través" de él.

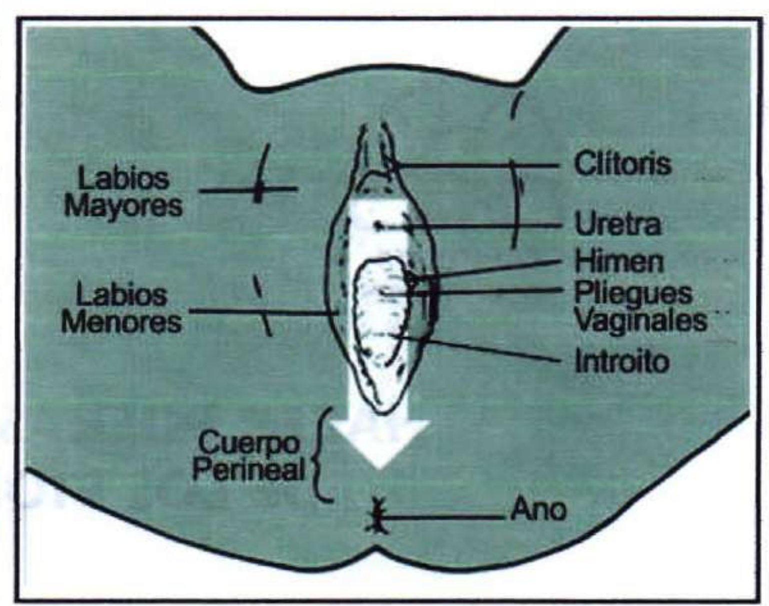


FIGURA 4.1: Diagrama de la anatomía vulvar. La flecha indica la dirección de observación del moco y el área desde la uretra hasta el cuerpo perineal que se recorre al limpiar para observar el moco.

COMO REVISAR EL MOCO

A. Acomodar el papel higiénico en capas planas.
B. No utilizar papel arrugado.

Para observar el moco deben usarse unas cuantas capas de papel higiénico ***blanco,*** sin perfume, doblado en forma de rectángulo de aproximadamente 15 x 8 cms. [2] Este papel se usa para hacer la observación. Las observaciones se facilitan si se usa el papel bien doblado en capas planas. Cuando se usa el papel arrugado, es fácil "perder" el moco en las arrugas.

C. Limpiar de frente hacia atrás.
D. Limpiar desde la uretra hasta el cuerpo perineal.

En la Figura 4.1 se presenta un diagrama de la anatomía de la vulva (el área genital externa) y se muestra ***dónde*** hay que observar el moco. La limpieza debe comenzar justo enfrente de la uretra y continuar ***entre los labios mayores, sobre la abertura de la vagina,*** hasta la porción trasera de la abertura vaginal, a mitad de camino sobre el ***cuerpo perineal*** hacia el recto.

El moco puede estar presente en cualquier lugar en esta área. Además, tiende a colectarse cerca de la parte posterior de la vagina, justo frente al cuerpo perineal. Por lo tanto, se debe limpiar de la uretra hasta el cuerpo perineal para observar todo el moco . Adicionalmente, es importante limpiar sobre la piel del cuerpo perineal para determinar adecuadamente la sensación. ***La sensación se determina con base en la observación al momento en que el papel pasa sobre el cuerpo perineal.***

E. Limpiar hasta que desaparezca el moco

Es importante limpiar hasta que desaparezca el moco. Con frecuencia se da el caso de que en la primera limpieza sólo se observa moco tipo no Pico (*Non-Peak*) y en una segunda o hasta tercera vez que se pasa el papel, se observa moco tipo Pico (*Peak*). Si se determinara la presencia del moco con una única limpieza, podría perderse fácilmente una importante observación. Esta instrucción también se aplica en cualquier momento en que la mujer sienta que una segunda pasada del papel pueda ser útil.

[2] 3 x 5 pulgadas, aprox. del tamaño de una postal.

Aparentemente, el proceso de limpiado "saca" el moco hacia la abertura de la vagina. En efecto, hay que ***limpiarse hasta estar seca.***

F. No realizar exámenes internos.

El **CREIGHTON MODEL System** ***no*** incluye exámenes internos. El método se basa en la observación externa del moco. Examinar el interior crea confusión y da información equívoca para este sistema.

G. No revisar directamente con los dedos.

Este sistema estandarizado de observación del moco se basa en el uso del papel sanitario para hacer las observaciones. En este sistema, se puede generar confusión si se usan directamente los dedos en la abertura de la vagina.

H. No basar las observaciones en lo que se ve en la ropa interior.

Es frecuente ver algún tipo de flujo en la ropa interior. Sin embargo, la presencia de este flujo no siempre se correlaciona con las fases de fertilidad e infertilidad. Por lo tanto, no deben basarse las observaciones en lo que se ve en la ropa interior. En alguna ocasión puede haber una observación inusual en la ropa interior que puede relacionarse con la fertilidad. Conforme se aprenda el **CREIGHTON MODEL System,** se aprenderá también a hacer **buenos juicios** en relación con estas observaciones.

CUANDO VERIFICAR LA PRESENCIA DEL MOCO

Además de aprender cómo verificar la presencia del moco, el sistema enseña ***cuando*** observarlo.

A. Revisar siempre que se va al baño.

Es importante que las observaciones del moco se hagan ***cada vez*** que se va al baño. Por lo general, no es necesario hacer viajes especiales al baño para observar el moco, pero siempre que se va, hay que hacer una observación. ***Esto debe volverse parte de la higiene normal.*** Es importante considerar que ***a menudo, el moco se ve sólo una vez durante el día*** y si no se tiene la rutina de observar cada vez que se va al baño, fácilmente puede perderse una observación relevante.

B. Verificar la presencia de moco siempre antes de orinar.
C. Verificar la presencia de moco siempre después de orinar.

Es importante verificar si hay moco ***antes y después*** de orinar. Podría verse sólo antes de orinar y no después y también puede suceder que se vea después de orinar, pero no antes. No se puede predecir cuándo se observará el moco y por ello, para hacer observaciones confiables, estas tienen que hacerse siempre, tanto antes como después de orinar .

D. Verificar la presencia de moco siempre antes de una evacuación intestinal.
E. Verificar la presencia de moco siempre después de una evacuación intestinal.

Es importante observar el moco tanto ***antes como después*** de cada evacuación intestinal. Podría verse sólo antes y no después y también puede suceder que se vea después, pero no antes de evacuar. No se puede predecir cuándo se observará el moco. Por lo tanto, para hacer observaciones confiables, estas tienen que hacerse siempre, tanto antes como después de cada evacuación.

F. Revisar la presencia de moco siempre antes de acostarse.
G. Pujar siempre antes de acostarse a dormir.

Al final del día, justo antes de ir a la cama a dormir debe hacerse una última observación del moco. En ocasiones, este será el único momento en que el moco esté presente en ese día y si no se realiza una observación en este momento, se pasará por alto su presencia. La usuaria debe estar pendiente de hacer la observación dentro de los 15 minutos anteriores al momento de ir a dormir.

En esta última observación previa al momento de dormir, se deberá también orinar y pujar levemente como cuando se evacua. Esto permite que salga cualquier moco que pudiera haber y pueda ser observado en el exterior.

H. Tomar una decisión en cada observación.

Es ***sumamente importante*** tomar una ***decisión definitiva*** con respecto a lo que se ha observado ***en el momento*** que se hace la observación. Se debe entonces tomar ***nota mental*** de la observación de modo que pueda registrarse al final del día. Esta instrucción cobra importancia a medida que se adquiere experiencia con el sistema. Cuando las observaciones se vuelven rutina, se pueden hacer tan rápidamente que si en ese momento no se toma una decisión consciente, se puede perder la observación .

El proceso de tomar nota mental de la observación puede llamarse "*registrar*" la observación. ***Registrar*** es fundamental para no perder la observación. Además, la observación ***debe*** tomarse ***tal cual es.*** Puede haber una tendencia a ***"negociar"*** una observación. Esta negociación es un proceso por el cual se racionaliza y se "desecha" la observación real y se reemplaza por una ***observación falsa*** . Generalmente esto sucede porque se piensa que la observación real "no puede ser". Por lo tanto, es fundamental comprender la importancia de ***registrar mentalmente y anotar las observaciones reales.***

I. Nunca descontinuar las observaciones.

Al usar el **CREIGHTON MODEL System** debe uno adherirse a la rutina de observación el 100% del tiempo. Descontinuar las observaciones tendrá como consecuencia que el método sea menos efectivo.

J. No ser complaciente al hacer las observaciones.

A medida que se adquiere confianza en el uso del método y que las observaciones se facilitan, debe evitarse la complacencia o "pereza" al verificar la presencia del moco. Esto llevaría a hacer malas observaciones y a tener un registro pobre de las fases de fertilidad e infertilidad.

OBSERVACIONES DEL MOCO DURANTE LA MENSTRUACIóN

El período menstrual tiene particularidades en cuanto a las observaciones del moco. Hay varios factores importantes que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, es usual observar un flujo con apariencia de moco que ocurre al mismo tiempo que los días de menstruación abundante y aún, en ocasiones, en los días de flujo moderado. Este flujo mucoso viene del recubrimiento del útero. Al transcurrir el período menstrual, el flujo disminuye y se vuelve muy ligero, la presencia o ausencia de moco es tan fácil de detectar como si no hubiera menstruación.

Cuando se usa el **CREIGHTON MODEL System** se recomienda el empleo de mini-protectores (minipads) durante los días de flujo leve o muy leve para poder hacer observaciones normales del moco. De ser posible, deberá evitarse totalmente el uso de tampones. Sin embargo, pueden usarse en los días de sangrado abundante y moderado siempre y cuando se cambien frecuentemente, por lo menos cada 4 a 6 horas y que no se usen durante los períodos prolongados del sueño. El uso prolongado de tampones puede favorecer infecciones.

MOMENTOS ESPECIALES PARA VIGILAR LA PRESENCIA DEL MOCO

Hay unos cuantos momentos especiales para vigilar la presencia del moco de los cuales deben estar conscientes las usuarias del **CREIGHTON MODEL System**. Estos momentos son:

1. ***Al levantarse a orinar por la noche.*** Más del 40% de las mujeres se levantan por lo menos una vez durante la noche a orinar. Hay que asegurarse de observar la presencia de moco.
2. ***Al darse un baño de tina o regadera.*** Al ducharse o tomar un baño de tina el moco podría eliminarse cuando se lava la vulva. Por tanto, debe observarse ***antes de*** tomar el baño o ducha y como regla general, debe constatarse la presencia de moco cada vez que se limpie la vulva.
3. ***Antes o después de nadar.*** Las mujeres que practican la natación tienen una situación especial con respecto a las observaciones del moco. El moco podría ser arrastrado al secar con la toalla. Se debe estar consciente de esta posibilidad y observar la presencia de moco cuidadosamente antes y después de nadar.

LA FACILIDAD DE OBSERVAR

Es realmente muy fácil lograr la rutina de observación que se ha descrito. ***90% de las mujeres pueden lograr esta rutina de observación en 30 segundos o menos***. Hay que tener en cuenta, que lo que se está enseñando es un sistema que se convierte en una parte de la higiene normal. Más aún, es un sistema que permite transcribir las observaciones en una forma objetiva a una grafica, de tal manera que se permite hacer seguimiento **NaProTRACK™** de los ciclos menstruales y de la fertilidad. De esta manera -y sólo de esta manera- se es capaz de **escuchar al propio cuerpo** cuando habla sobre la propia salud ginecológica y procreativa.

90% de las mujeres pueden lograr esta rutina de observación en 30 segundos o menos

CONSEJOS DE HIGIENE GENERAL

La vagina es un órgano que se limpia solo. ***No hay necesidad de duchas vaginales***. El baño regular es suficiente para una higiene normal. De hecho, la aplicación de duchas vaginales puede eliminar el moco y debe evitarse cuando se usa el **CrMS**.

Hay varios productos que contienen perfume entre sus ingredientes. Como regla general, **no deben usarse productos higiénicos perfumados.** En algunas mujeres los perfumes y colorantes, pueden estimular irritaciones de origen químico cuyos síntomas pueden parecerse a los de una infección vaginal y los síntomas desaparecen cuando se deja de usar estos productos. Entre los productos que pueden contener perfumes se encuentran tampones, toallas sanitarias, miniprotectores, papel higiénico, suavizantes de tela, baños de burbujas, aceites de baño, etc. Incluso el papel sanitario de color puede ser irritante.

También es preferible que las mujeres que utilizan el **CrMS** usen ***ropa interior de algodón***, o que tenga puente o ***entrepierna de algodón***. Las prendas interiores fabricadas con materiales sintéticos repelen la humedad mientras que el algodón la absorbe. Con las fibras sintéticas, la humedad tiende a colectarse en la vulva y puede ser irritante y, en algunos casos, propiciar la confusión al hacer las observaciones del moco.

NOTA FINAL

Cuando se observan las distintas descargas, se hacen buenas observaciones de los marcadores biológicos, y esto ayuda a la mujer y a la pareja a ganar confianza y satisfacción en el uso del método. Ayuda mucho en la actitud hacia el método saber al final de cada día que se verificó y se registró adecuadamente la presencia o ausencia del moco. Adicionalmente, es importante ***ser realistas*** al tomar las observaciones. Sea cual sea el motivo que se tiene para planear la familia, hay exigencias y ventajas. El **CREIGHTON MODEL System** exige **hacer buenas observaciones, registrarlas con precisión y seguir las instrucciones**. En recompensa se obtiene un sistema que es **totalmente saludable**, que **permite escuchar el trabajo del cuerpo** y que ayuda a **cooperar con el cónyuge** en la importante decisión de lograr o evitar el embarazo.



DESCRIPCIÓN DE LAS OBSERVACIONES DE LOS BIOMARCADORES

El capítulo anterior trató sobre la estandarización de la rutina de observación. Este capítulo habla de la estandarización de ***la terminología*** utilizada para describir las observaciones. Cuando se une la información de estos dos capítulos, se conforma un **sistema estandarizado** para observar y registrar la observación de los marcadores biológicos de la ***salud y fertilidad*** .

El siguiente conjunto de descripciones está diseñado para ser usado por todas las mujeres. Puede ser que no se observe todo lo descrito en esta sección, pero se puede seleccionar de esta lista ***lo que si se observa***. Este sistema se ha desarrollado a través de una cuidadosa evaluación ginecológica de usuarias del **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System** que han participado generosamente en la investigación. La investigación ha demostrado que las mujeres se identifican y relacionan sumamente bien con este sistema.

PALABRAS EMPLEADAS PARA DESCRIBIR LOS BIOMARCADORES

Es importante usar un lenguaje común al describir las observaciones. Con esto en mente se definen los términos[1] que se proporcionan a continuación.

[1] Se incluyen el término traducido y el original para mayor orientación sobre el origen de los signos empleados al describir las observaciones,. (N. del T.).

PALABRAS USADAS PARA DESCRIBIR "ELASTICIDAD"

Pegajoso/Sticky = El moco estira hasta ***0.5 cm*** (¼pulgada)
Ligoso/Tacky = El moco estira de ***1 a 2 cm*** (½ a ¾pulgada)
Elástico/Stretchy = El moco estira ***2.5 cm o más*** (1 pulgada o más)

Las palabras **Pegajoso (Sticky), Ligoso (Tacky) o Elástico (Stretchy)** se refieren a la elasticidad del moco. Es importante hacer notar que **no hace falta una regla** para hacer estas determinaciones: se pueden estimar "a la vista" fácilmente.

PALABRAS USADAS PARA DESCRIBIR EL COLOR

Transparente (*Clear*) = El moco es transparente y claro como **cristal.**
Nublado (blanco) (*Cloudy*) = El moco tiene una apariencia nublada o blanca. Puede ser **opaco** (no puede verse a través de él), o puede ser **translucido** (como la niebla).
Nublado/Transparente = El moco es en **parte nublado y en parte transparente** o claro como cristal.

Amarillo (*Yellow*) = El moco tiene una coloración ligeramente **amarillenta**. Esto puede indicar la presencia de una pequeña cantidad de sangre en el flujo o una infección leve.

Rojo (*Red*) = Esto indica que hay sangre fresca en el flujo.

Café/Marrón (o negro) (*Brown*) = Esto indica que hay sangre vieja en el flujo.

PALABRAS EMPLEADAS PARA DESCRIBIR OTRAS DOS VARIEDADES

Hay otros dos tipos de flujo que la mujer podría observar al utilizar el **CrMS**. Estos dos tipos de flujo son ***muy característicos en su consistencia***:

Pastoso/Cremoso (Pasty/Creamy)= El flujo pastoso tiene una consistencia muy similar a la de **pasta de harina o loción para las manos**. Puede ser pegajoso, pero nunca es elástico o ligoso. Es generalmente de color blanco, aunque en ocasiones puede ser amarillo.

Gomoso/Pegamento (Gluey) = Algunas mujeres pueden observar un flujo muy espeso que parece pegamento o cemento de hule a medio secar. A menudo (pero no siempre) tendrá una coloración amarillenta. Puede ser pegajoso, ligoso o elástico.

PALABRAS PARA DESCRIBIR LAS SENSACIONES

Muchas de las observaciones que la mujer puede hacer, no serán resultado de un flujo que pueda examinarse con los dedos. En estos casos la observación del moco **se basa completamente en la sensación**. Se explicará esta terminología utilizando el proceso de los "tres pasos" para facilitar la comprensión de las observaciones. Pueden encontrarse fotos de estas observaciones así como de las demás descritas en este capítulo en ***El Diccionario Ilustrado del*** **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System**. (Edición Disponible para los usuarios. Preguntar al Profesional).

SECO

1. Al limpiar con el papel higiénico se percibe la sensación de sequedad. Es una sensación muy ***obvia***.
2. Se observa que el papel está seco y que se arruga fácilmente.
3. No hay nada que pueda examinarse con los dedos.
4. Al ser una observación tan ***obvia***, por lo general la mayoría de las mujeres no tienen problema con esta sensación.

HÚMEDO *SIN* LUBRICACIÓN
HÚMEDO *CON* LUBRICACIÓN

1. Al limpiar con el papel ***se puede o no*** observar una sensación de lubricación.
2. Cuando se observa, se ve un área de humedad en el papel.
3. No hay nada en el papel que pueda examinarse con los dedos.
4. La ***clave*** para determinar la fertilidad en esta observación es la ***presencia o ausencia*** de lubricación.
5. La observación de húmedo ***sin*** lubricación tiene el mismo valor que la **observación de sequedad**.
6. La observación de húmedo ***con*** lubricación se considera **moco tipo Pico**.

BRILLO *SIN* LUBRICACIÓN
BRILLO *CON* LUBRICACIÓN

1. Al limpiar con el papel ***se puede o no*** observar la sensación de lubricación.
2. Cuando se observa, se ve un área de humedad en el papel, con pequeñas zonas brillosas al centro.
3. No hay nada en el papel que pueda examinarse con los dedos.
4. La clave para determinar la fertilidad en esta observación es la ***presencia o ausencia*** de lubricación.
5. La observación de brillo ***sin*** lubricación tiene el mismo valor que la **observación de sequedad**.
6. La observación de brillo ***con*** lubricación se considera **moco tipo Pico**.

MOJADO *SIN* LUBRICACIóN
MOJADO *CON* LUBRICACIóN

1. Al limpiar con el papel ***se puede o no*** observar la sensación de lubricación.
2. Cuando se observa, el papel está muy mojado. Esta humedad tiene a menudo una apariencia "resplandeciente" distinta a la que se describió anteriormente con el término brillante.
3. No hay nada en el papel que pueda examinarse con los dedos.
4. La ***clave*** para determinar la fertilidad en esta observación, como en la de húmedo y en la de brillo, es la ***presencia o ausencia*** de lubricación.
5. La observación mojado ***sin*** lubricación tiene el mismo valor que la **observación de sequedad** .
6. La observación mojado ***con*** lubricación se considera **moco tipo Pico** .

NOTA SOBRE LA SENSACIóN

La sensación que se crea con el moco es de ***suma importancia*** para el uso adecuado del **CREIGHTON MODEL System**. Básicamente, son tres las sensaciones que la mujer puede observar: ***seco, suave y lubricante***. Estas tres sensaciones son obvias, pero no es raro confundir la sensación de suavidad con la de lubricación. Esto sucede particularmente en mujeres que realmente no experimentan lubricación y por lo tanto piensan que la suavidad que sienten es lubricación. De hecho, *seca ysuave* , son sensaciones de una amplia gama de sensaciones no lubricantes, mientras que la lubricación es una sensación distinta (Figura 5.1).

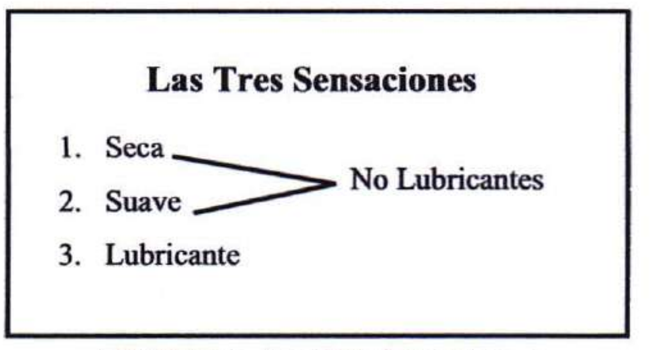


FIGURA 5.1. Las Tres Sensaciones

Debe decidirse con respecto a la sensación en el momento en que se pasa el papel higiénico sobre el ***cuerpo perineal y antes*** de ver el papel y de examinar el moco con los dedos. Las sensaciones son ***obvias*** . **Cuando hay sequedad**, se siente definitivamente seca y el papel atora y genera una sensación "rasposa". **Cuando hay lubricación**, el papel se "desliza" fácilmente sobre el cuerpo perineal. **Cuando se tiene una sensación de suavidad**, el paso del papel higiénico sobre las membranas mucosas de la abertura de la vagina es suave, pero al pasar sobre el cuerpo perineal, hay una tendencia a "detenerse" y a moverse con más fricción. Este "detenerse" del papel indica que es una sensación de suavidad de la categoría no lubricante, y que no es una verdadera lubricación.

Si se siguen teniendo dificultades al observar la sensación a pesar de aplicar una buena técnica de observación, el Profesional puede ayuda a resolver el problema. Para concluir este capítulo, tenemos los **siguientes recordatorios** :

1. Para que se trate de **moco tipo Pico** basta **sólo uno de estos tres *signos,*** solo o en cualquier combinación (Transparencia, Elástico/Stretchy o Lubricación).
2. ***Pegajoso/sticky*** se refiere a moco que se estira hasta ***0.5 cm*** (¼nch).
3. ***Ligoso/Tacky*** se refiere a moco que se estira de ***1 a 2 cm*** (½" a ¾).
4. ***Elástico/stretchy*** se refiere a moco que se estira ***2.5 cm o más*** (1" o más).
5. No es necesario emplear regla para hacer las observaciones.
6. Recordar las categorías especiales de ***moco tipo Pico** que son*: húmedo, brillo y mojado ***con*** lubricación.
7. Las categorías especiales de ***observaciones "secas"***: húmedo, brillo y mojado ***sin*** lubricación.
8. En estas últimas observaciones, no hay moco que pueda examinarse con los dedos. La fertilidad se determina por la sensación que se genera al limpiar con el papel higiénico.



CAPITULO 6

NaProTRACKING™ : SEGUIMIENTO Y REGISTRO DE LOS SIGNOS DE SALUD Y FERTILIDAD

Graficar o registrar y dar el seguimiento correcto de los signos de salud y fertilidad es lo que llamamos **NaProTRACKING™** y es de suma importancia para el uso exitoso del **CREIGHTON MODEL System.** También es una gran ayuda para desarrollar confianza. Además, la gráfica es un excelente registro de salud y fertilidad. Este capítulo señala los principios básicos de un buen registro.

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones son muy importantes. Deben conocerse muy bien estas definiciones para entender las instrucciones del método.

Moco Tipo Pico: Cualquier flujo de moco que sea ***transparente, elástico o lubricante***. Cualquiera de estas tres características solas o en cualquier combinación resulta en el llamado **Moco tipo Pico** .

Moco Tipo no Pico: Cualquier flujo de moco que ***no sea transparente, elástico o lubricante***. Ninguna de estas características debe estar presente para poder definir que se trata de **Moco tipo no-Pico**.

El Día Pico: El ***último día*** de cualquier flujo de moco que sea ***transparente, elástico o lubricante*** .

EL INTERIOR DE LA GRÁFICA

En el interior de la gráfica (Figura 6.1) se han colocado los números del 1 al 35 encabezando las columnas. Se refieren al día del ciclo menstrual. Para cada día hay una casilla donde se coloca la estampa adecuada y otra para anotar la descripción. También hay un lugar para registrar la fecha. Se debe graficar cada nuevo ciclo menstrual comenzando en el margen izquierdo de la gráfica y continuar horizontalmente (en cada fila o renglón). Hay espacios para seis meses de registro en cada gráfica. Los **principios básicos de un buen registro** son los siguientes:

1. Se debe **empezar a graficar inmediatamente** después de asistir a la sesión introductoria.
2. **Durante el primer mes de registro**, o el primer ciclo completo (lo que sea más corto), los usuarios deben **evitar el contacto genital** para poder ver el moco en su estado natural sin influencia de líquido seminal.
3. Se debe **colocar en la gráfica la estampa y la descripción** adecuada al final de cada día del ciclo, incluyendo los días de menstruación.
4. Se debe graficar **el mayor signo de fertilidad al final del día** .
5. Cada día deben registrase **las "3 C'S"** de los marcadores biológicos :

   C=Consistencia
   C=Color
   C=Cambio*
   S=Sensación

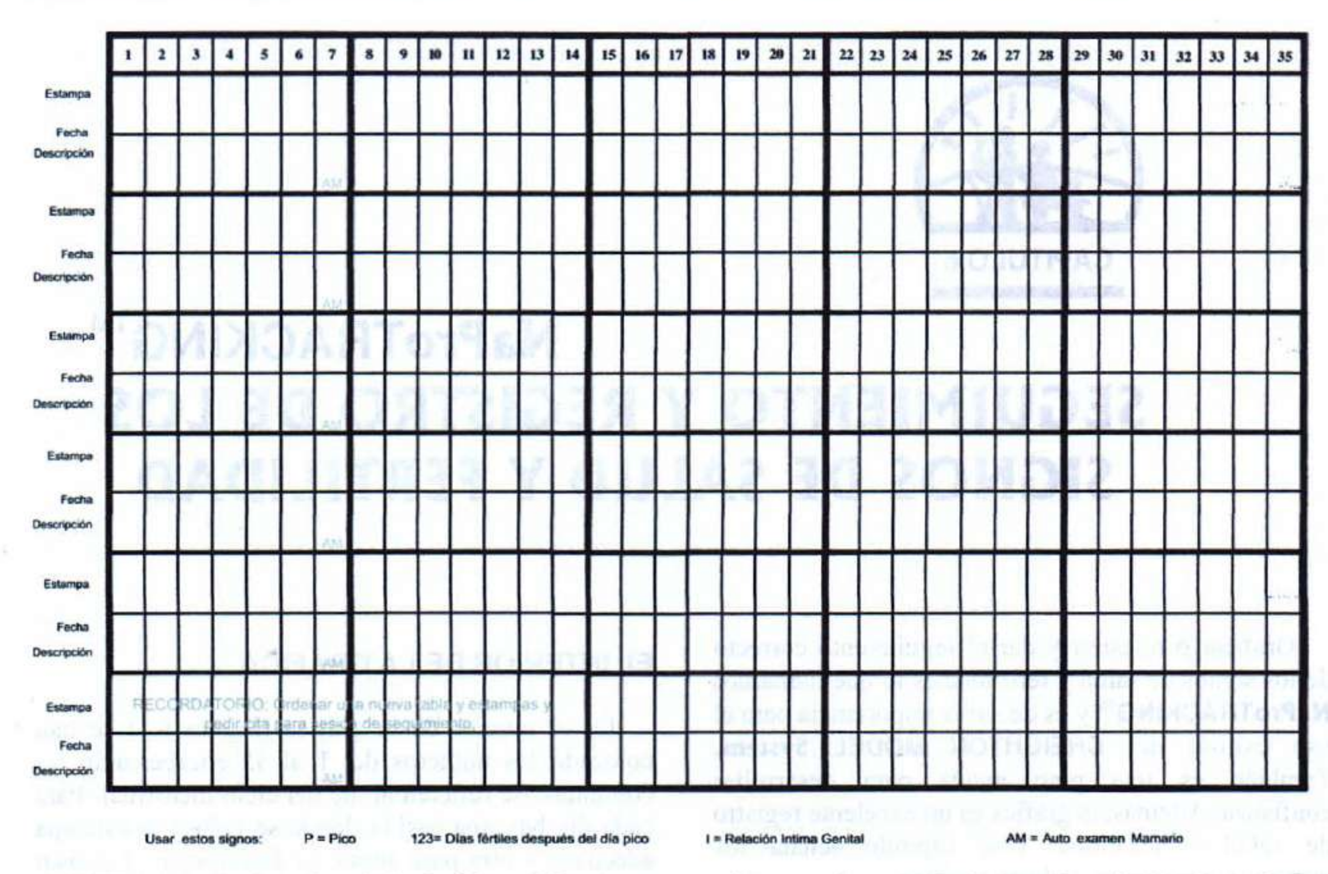


FIGURA 6.1: La Interior de la Gráfica utilizado para registrar y dar seguimiento a los signos de salud y fertilidad de la mujer (NaProTRACK™)

*Cambio es el que se presenta cada día en la consistencia, color, y sensación. Es muy importante observar los cambios obvios que se presentan día a día para comprender el patrón de los biomarcadores.

ESTAMPAS

Para el **CREIGHTON MODEL System** se han diseñado estampas que se utilizan en todos los lugares del mundo donde se usa el **CrMS**.

Estampas Rojas	=	Para días de ***sangrado***
Estampas Verdes	=	Para días infértiles o ***secos***
Estampas Blancas con Bebé	=	Para días con ***moco***
Estampas Verdes con Bebé	=	Para días ***secos pero fértiles*** (dentro de la cuenta de 3)

Adicionalmente se utilizan ***estampas amarillas***. En este sistema, las estampas amarillas deben utilizarse solamente bajo indicaciones específicas y **con la asesoría del Profesional de CrMS**.

DESCRIPCIóN

Cada día que se grafica, se anota una descripción en la casilla correspondiente. Más adelante en este capítulo, se habla de la forma estándar que se ha desarrollado para registrar la descripción (ver el Sistema de Registro del Flujo Vaginal, Figura 6.3).

Además, cuando corresponda se escribe sobre la gráfica:

P	=	Sobre la estampa blanca con bebé, en el **día Pico**
1, 2, 3	=	Sobre las tres estampas después del día Pico.
I	=	Cuando se tengan relaciones **Íntimas** genitales.
AM	=	Autoexamen mamario (es un recordatorio en el día 7).

Las descripciones son sumamente importantes. Se debe registrar el **mayor signo de fertilidad** de cada día en la casilla correspondiente. Estas **descripciones diarias** de los distintos marcadores biológicos, narran la historia de la salud y fertilidad de la mujer dentro del **CREIGHTON MODEL System.**

LA PARTE POSTERIOR DE LA GRÁFICA

La parte posterior de la gráfica se muestra en la Figura 6.2. Hay espacios para anotar el nombre y las fechas de las citas de seguimiento.

En la parte posterior de la gráfica hay elementos muy importantes además de esos datos útiles para la "administración". En primer lugar, una sección que incluye ***Definiciones*** de los términos **Moco tipo Pico, Moco tipo no Pico y Día Pico**. En segundo lugar, el Sistema de Registro de Flujo Vaginal (***Vaginal Discharge Recording System***SM) como una referencia para facilitar el registro. Finalmente se proporciona una ***lista de instrucciones*** para que el Profesional pueda marcar las instrucciones específicas para cada usuaria. El respaldo de la gráfica es ***bastante funcional*** y es esencial en el proceso de aprendizaje. Los usuarios deben saber todo lo que contiene, para poder usarlo fácilmente.

FIGURA 6.2: La Parte Posterior de la Gráfica

EL SISTEMA DE REGISTRO DE FLUJO VAGINAL (VAGINAL DISCHARGE RECORDING SYSTEM)SM

Las descripciones son la parte más importante del registro. Deben **reflejar con precisión** las observaciones que hace la mujer de modo que se obtenga una imagen real de los distintos patrones. El **Sistema de Registro de Flujo Vaginal (*Vaginal Discharge Recording System*SM)**, exclusivo del **CREIGHTON MODEL System**, se ha desarrollado para que se registre fácilmente y con mayor precisión. Debe usarse desde la primera cita de seguimiento. La experiencia demuestra que es **muy fácil de aprender y usar**, y que al estar accesible en la parte posterior de la gráfica, se tiene siempre a mano para una referencia rápida.


SISTEMA DE REGISTRO DE FLUJO VAGINAL

H = Flujo abundante	0 = Seco	B = Sangrado café/marrón (o negro)
M = Flujo moderado	2 = Húmedo sin lubricación	C = Nublado (blanco)
L = Flujo ligero	2 W = Mojado sin lubricación	C/K = Nublado/Transparente
VL = Flujo muy ligero (solo goteo)	4 = Brillo sin lubricación	G = Gomoso (Pegamento)
B = Sangrado café/marrón (o negro)	6 = Pegajoso (0.5 cm | ¼ inch)	K = Transparente o Claro
Registrar siempre la presencia o ausencia de moco durante los días de flujo menstrual ligero o muy ligero	8 = Ligoso (1 a 2 cm | ½ – ¾ inch)	L = Lubricante
	10 = Elástico (2.5 cm o más | 1 inch)	P = Pastoso (Cremoso)
	10DL = Húmedo con lubricación	Y = Amarillo (aún muy pálido)
	10SL = Brillo con lubricación	
	10WL = Mojado con lubricación	

Registar de la siguiente manera la frecuencia con que se observa el signo más fertil durante el día:
X1 = Una vez en el día X2 = Dos veces en el día X3 = Tres veces en el día AD = A lo largo de todo el día

FIGURA 6.3: El Sistema de Registro de Flujo Vaginal (*Vaginal Discharge Recording System*SM)

El Sistema de Registro de la

Secreción Vaginal se muestra en la Figura 6.3. A pesar de que el sistema de registro emplea números, no debe considerarse como un sistema de calificación. En efecto, podrían usarse para el mismo fin otros símbolos pero se ha elegido un grupo de números y letras para este sistema en particular. Aunque existe la tendencia a asociar los números altos con fertilidad alta, no debe usarse en esta forma. Las series de números y letras son solo una forma de registrar con precisión las observaciones realizadas.

Durante el flujo menstrual se utilizan los símbolos

H=Abundante
M=Moderado
L=Ligero
VL=Escaso (manchas)

En los días de flujo menstrual ligero y escaso siempre hay que registrar la presencia o ausencia de moco.

Los números **0, 2, 2W** y **4** se relacionan con las observaciones **equivalentes a observación de sequedad**. En estos casos, al determinar el "mayor signo de fertilidad", se registra el número más alto. Se trata simplemente una convención para propósito de registro más preciso. Estos cuatro signos se consideran observaciones secas para la colocación de estampas y el uso de las instrucciones del método.

Cuando se utilizan los números **6, 8 y 10**, ***siempre se debe usar una letra de la columna de la derecha***. Así, cuando el moco sea elástico debe anotarse un color, una consistencia y/o una sensación.

Las **categorías especiales de moco tipo Pico** deben registrarse como ***10DL (Húmedo con lubricación), 10SL (brillo con lubricación)*** y ***10WL (mojado con lubricación).*** Puesto que en todas estas observaciones se presenta lubricación y por tanto, el moco es de **tipo Pico** y hay un alto grado de fertilidad, se usa el número 10 en combinación con letras. En estos casos, el 10 no significa que el moco sea elástico sino simplemente, es un medio para registrar estas categorías especiales de moco tipo Pico.

Además de los registros antes mencionados, es también importante anotar cuantas veces durante el día se observa el mayor signo de fertilidad. Esto se hace usando **X1** =visto solo una vez en el día, **X2** = visto dos veces en el día, **X3** = visto tres veces ese día, y **AD** = visto todo el día. Esta última anotación significa que el moco se ha observado cuatro o más veces durante el día. Una vez que se ha observado cuatro veces, no es necesario contar el número de veces que se observa ese mayor signo de fertilidad. Automáticamente se convierte en una observación de todo el día (AD).

Ejemplos del Sistema de Registro en el uso:

1. Seco – Visto todo el día = **0 AD**
2. Húmedo sin lubricación – Visto todo el día = **2 AD**
3. Elástico, transparente, lubricante – Visto todo el día = **10 KL AD**
4. Pegajoso, nublado – Visto una vez = **6C X1**
5. Ligoso, Gomoso, amarillo – Visto dos veces = **8 GY X2**
6. Pegajoso, pastoso, nublado – Visto dos veces = **6 PC X2**

En el apéndice se muestran varios ejemplos de registro usando el **Sistema de Registro de Flujo Vaginal**℠ .



CAPITULO 7

INSTRUCCIONES BÁSICAS DEL MÉTODO

Es fundamental entender las instrucciones del **CREIGHTON MODEL FertilityCare™ System** para usarlas adecuadamente. Los usuarios deben conocer muy bien las instrucciones y la forma en que se aplican en diferentes situaciones. Este capítulo se ha diseñado para proporcionar un conocimiento detallado de las instrucciones del sistema. Empezaremos con una discusión sobre los principios básicos.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Los fundamentos para el uso adecuado del método, están en algunos **principios básicos** con los que la pareja debe familiarizarse a profundidad:

1. El **CREIGHTON MODEL System** es un método tanto para lograr como para evitar un embarazo. No es un método anticonceptivo. Es un método de ***auténtica planificación familiar*** .
2. Los usuarios del **CrMS** son **libres** para usar el método para **lograr** o para **evitar el embarazo según ellos mismos elijan.**
3. Es **responsabilidad** de la pareja **usar** el método.
4. Para **lograr el embarazo** se usan los días de fertilidad.
5. Para **evitar el embarazo** se usan los días de infertilidad **solamente.**
6. El uso de los días de fertilidad es ***abandonar*** el método como un método para evitar el embarazo y ***adoptarlo*** como un método para lograr el embarazo.
7. No hay posibilidad de **"tomar el riesgo"**, o **"jugársela"** con el **CrMS**. El método se usa o para lograr el embarazo, o para evitarlo.
8. El sistema incluye instrucciones con respecto a **observación** y **registro,** así como **instrucciones** relacionadas con el contacto genital.
9. ***Las instrucciones aplicables a contacto genital evolucionan de una visita de seguimiento a la siguiente***, antes de que todas las instrucciones de método estén a disposición del usuario. Esta evolución de las instrucciones se lleva a cabo bajo la supervisión del profesor.
10. Las instrucciones relativas al contacto genital ***cambian*** de una categoría reproductiva a la siguiente y se requiere instrucción adicional al momento de cambio de categoría reproductiva.
11. Las instrucciones para evitar el embarazo en cuanto a observaciones, registro y contacto genital se han desarrollado en tal forma que, cuando se usan correctamente, el método tiene eficacia de más de 99 por ciento para evitar el embarazo. ***Cuando los usuarios eligen desviarse de estas instrucciones, han elegido un medio menos efectivo para evitar el embarazo y han adoptado un medio más efectivo de lograrlo*** .

DEFINICIONES

Es importante conocer algunas definiciones para que las instrucciones puedan comprenderse perfectamente. Son las siguientes:

MOCO TIPO PICO: Cualquier flujo de moco que sea **transparente, elástico** o **lubricante** .

MOCO TIPO NO PICO: Cualquier flujo de moco que ***no*** sea **transparente, elástico** o **lubricante** .

EL DÍA PICO: El **último día** de cualquier flujo de moco que sea **transparente, elástico** o **lubricante**.

FASE PRE-PICO: La fase del ciclo menstrual que comienza con la menstruación y va hasta el día Pico (incluido éste).

FASE POST-PICO: La fase del ciclo menstrual desde el día posterior al día Pico hasta el día anterior al inicio de la siguiente menstruación.

CONTACTO GENITAL : Cualquier contacto físico de los órganos genitales masculinos y femeninos. Se incluyen la relación íntima genital completa, llamada también coito, coito incompleto, contacto estrecho de los órganos genitales sin coito, eyaculación en las cercanías de los órganos genitales femeninos y cualquier contacto entre manos y genitales. Debe evitarse todo contacto genital en los días de fertilidad si la intención es evitar el embarazo.

CONTACTO SEXUAL: El contacto sexual es el "contacto" de la persona en su totalidad con el otro y por ello debe hacerse la distinción específica de éste con el contacto genital. El contacto sexual incluye al contacto genital, pero es mucho más que solo eso. De hecho y por tratarse de un concepto mucho mas amplio, la mayor parte de las veces el contacto sexual no incluye el acto físico o coito. El contacto sexual abarca una **interacción sexual auténtica** y por tanto **multi-dimensional**. Es **creativo, intelectual, emocional, espiritual y físico** . Si la intención es evitar el embarazo hay que evitar el contacto genital durante los días de fertilidad pero ***el contacto sexual nunca debe evitarse.***

SANGRADO INUSUAL: Es un sangrado que la mujer percibe diferente del flujo menstrual normal (u ordinario).

RETORNO VARIABLE DE MOCO TIPO PICO: Esto se refiere a una situación en la que el moco tipo Pico tiende a ir y venir debido a niveles crecientes y decrecientes de estrógeno. Se observa más comúnmente en la mujer en ***lactancia*** cuando está en proceso de destete y en mujeres tanto ***anovulatorias*** como ***oligo-ovulatorias.***

FINAL DEL DÍA: Se considera como el final del día al momento en que la mujer va a la cama a dormir.

DÍAS ALTERNOS: Días alternos se refiere al tercer día ("un día si, un día no"). En las instrucciones relacionadas al contacto genital, con esta instrucción se recomienda la relación íntima genital o coito un día, dejar pasar el día siguiente, y reanudar el contacto genital al tercer día.

PARCHE DE MOCO: Una serie de uno o mas días consecutivos de moco tipo no-Pico sin relación con ningún moco tipo-Pico.

EMBARAZO POR CONTACTO: Cualquier embarazo que ocurre como resultado del contacto genital excepto por coito completo.

SOBRE EL DÍA PICO

El Día Pico es el ***último día*** en el que se presenta moco que sea transparente, elástico o lubricante. La determinación del día Pico resulta obvia o muy fácil uno o dos días después de que ocurre. Uno de los factores más importantes que lleva a la identificación del día Pico es el cambio ***abrupto y drástico*** en el patrón o "comportamiento" del moco que ocurre tras ese día. La hormona progesterona que tiene efectos sobre la producción del moco, aumenta después de la ovulación y origina este cambio abrupto en el patrón mucoso. Las mujeres pueden identificar muy fácilmente el último día de moco tipo Pico y este cambio drástico que ocurre en los días que siguen. La mujer ganará confianza en la identificación del día Pico cuando pasen uno o dos ciclos que ***confirmen sus observaciones con la presencia de la menstruación en el tiempo previsto***. El uso de las instrucciones del método que aplican a la fase post-Pico del ciclo ***requiere la identificación confiada del día Pico***. Toma sólo uno o dos ciclos para desarrollar esta confianza.

Debe tenerse en mente que la identificación del día Pico ***no*** se basa en ***la cantidad del moco***. El día Pico es ***el último día*** de cualquier moco que **sea transparente, elástico o lubricante**. Esto significa que ***cualquiera de estos tres signos, solos o en combinación o cantidad*** determina la presencia de moco tipo Pico. Es frecuente que la cantidad de moco sea relativamente poca que aún en esa cantidad pero estén presentes aún las características del moco que permitan su identificación adecuada como moco tipo Pico y el día Pico. De todos los signos clínicos disponibles en la actualidad para detectar la ovulación, el día Pico es el más preciso y reproducible y ha recibido la mayor parte de la evaluación científica.

En ciertas condiciones, especialmente en la categoría de mujeres en lactancia y destete, y en mujeres que presentan periodos anovulatorios, se experimenta un ***retorno variable del moco tipo Pico***. En estas situaciones la mujer puede experimentar varios días diferentes que cumplen la definición de "el último día de cualquier moco que sea transparente, elástico o lubricante". En estos casos, si es que hay ovulación, se asocia con **el último día Pico**. Se hace referencia a este último día Pico como "***el*** día Pico". Todos los otros "días Pico" se consideran "***un*** día Pico" cualquiera, entre otros. Tener "***un*** día Pico" simplemente da el mensaje de que hubo moco tipo Pico, pero se sabe que no estuvo asociado con la ovulación. Tener "***el*** día Pico" implica que la formación del moco y el cambio abrupto que siguió al día Pico fue típico de lo que se asocia con la ovulación. Esto tiene una importancia práctica en la graficación y en el conocimiento y comprensión de las instrucciones. En los primeros meses durante el aprendizaje, debe colocarse una "P" en cualquier día Pico. Posteriormente, es opcional escribir la "P" en un día Pico cualquiera pero siempre deberá colocarse una "P" en "***el*** día Pico". Además, es necesario que haya pasado "***el*** día Pico" para que puedan aplicarse las instrucciones de la fase post-Pico. Si se ha tratado de un "***un*** día Pico" cualquiera, se sigue en fase pre-Pico y se siguen aplicando las instrucciones pre-Pico.

INSTRUCCIONES BÁSICAS DEL SISTEMA

En la mayoría de las situaciones en que se usa el **CREIGHTON MODEL** pueden aplicarse un conjunto de instrucciones básicas. Hay momentos, especialmente relacionados con categorías reproductivas específicas, en los que se aplican temporalmente ***instrucciones especiales*** antes de llegar a utilizar las instrucciones básicas. Sin embargo, ***las instrucciones básicas constituyen la base o fundamento del método***. A continuación se explican las instrucciones básicas (en la Figura B-1 del Apéndice B puede encontrarse un ejemplo de graficación de las Instrucciones Básicas del Sistema).

A. LA RUTINA DE OBSERVACIÓN DEBE SEGUIRSE SIEMPRE

Es importante notar que es una instrucción del método hacer el ***100 por ciento de las observaciones*** según la rutina discutida previamente. La habilidad para definir el tiempo de fertilidad o infertilidad depende de la calidad de las observaciones que se hacen. Esta instrucción es importante, tanto para aquellos que desean usar el método para lograr un embarazo como para los que desean evitarlo. Cuando se usa el método para lograr un embarazo, existe la tendencia de eliminar algunas de las observaciones. Esta es una "herencia" de la idea anticonceptiva de que con el objeto de lograr un embarazo, uno tiene que "olvidarse del método". Cuando se usa **CrMS**, deben motivarse y hacerse buenas observaciones, como quiera que se esté usando el método.

B. GRAFICAR CADA DÍA, AL FINAL DEL DÍA, EL SIGNO MÁS FÉRTIL DE ESE DÍA.

Se debe comenzar a graficar ***inmediatamente*** después de asistir a la sesión introductoria (no más allá del día siguiente). Debe graficarse ***al final del día*** y la gráfica debe guardarse en algún sitio accesible para ***ambos***, el esposo y la esposa. El registro puede hacerlo ***cualquiera*** de los esposos. Entre los buenos hábitos de registro está graficar ***cada día*** y no dejar pasar varios días para graficarlos todos juntos. El recuerdo de las observaciones disminuye con el tiempo que transcurre después de hacerlas. Y, finalmente, sólo se requiere registrar ***el signo más fértil del día***. Es innecesario y se desaconseja llevar un registro de todas y cada una de las observaciones particulares.

C. EVITAR EL CONTACTO GENITAL

La primera instrucción respecto al uso del método que se da en la sesión introductoria es que la pareja evite el contacto genital ya sea por un mes o por un ciclo, lo que sea más corto. De este modo, se da oportunidad de observar el flujo mucoso sin confusión por la presencia de líquido seminal. Esta instrucción es ***muy importante*** para desarrollar ***confianza*** en las observaciones. ***No hay excepciones***. Las parejas que elijan tener relaciones íntimas genitales durante este tiempo pueden esperar un retraso en el aprendizaje y desarrollo de su confianza, así como una tasa más alta de embarazo.

Para las parejas infértiles y las mujeres en lactancia total se aplican instrucciones especiales con respecto a evitar el contacto genital (Ver Apéndice A).

• DÍAS DE INFERTILIDAD •
(USADOS PARA EVITAR EL EMBARAZO)

Si la pareja tiene la intención de usar el **CrMS** como medio para evitar el embarazo, se usan los días de infertilidad, según se comenta a continuación. Estas instrucciones pueden considerarse indicadores de infertilidad muy confiables.

A. DÍAS SECOS EN FASE PRE-PICO: AL FINAL DEL DÍA, DÍAS ALTERNOS

Los días secos durante la fase pre-Pico del ciclo se consideran infértiles (si no se encuentran dentro de alguna cuenta de tres) porque indican que el ovario todavía no ha iniciado su cambio hacia la ovulación . Sin Embargo, la infertilidad en los días secos pre-Pico, ***siempre implica la instrucción del final del día***: es necesario que la mujer observe el moco a lo largo de todo el día para estar segura de la infertilidad de ese día.

Al inicio del aprendizaje, también se instruye a la pareja a utilizar ***días alternos*** lo que les permite ganar confianza en su comprensión del fluido seminal. Se usa la instrucción del fluido seminal, para evitar la salida del fluido seminal al día siguiente de la relación íntima genital. Sin embargo, si se observara algún flujo el día posterior al coito, éste debe valorarse según sus características ("por sus méritos") (ver Apéndice A). La instrucción de usar días alternos es temporal y dura por lo general sólo uno o dos ciclos y sirve específicamente para ayudar a la mujer a ganar confianza en sus observaciones sin cometer errores en los primeros días de aprendizaje.

B. DÍAS SECOS EN FASE PRE-PICO: AL FINAL DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS

Una vez que la mujer ha desarrollado confianza en el uso de la instrucción del fluido seminal y que consistentemente el día después de la relación íntima genital es seco (ver la explicación relacionada con la instrucción para manejo del fluido seminal en el Apéndice) entonces la pareja puede avanzar hacia el uso de la instrucción de todos los días. Esta instrucción señala que se pueden tener relaciones íntimas genitales al final de todos los días secos pre-Pico.

La pareja debe estar consciente de que en los días secos pre-Pico, usar cualquier otro momento que no sea al final del día es usar el método como un medio menos efectivo para evitar el embarazo y más efectivo para lograrlo. Las relaciones íntimas genitales en la mañana, al medio día, temprano en la tarde o a la mitad de la noche durante estos días deben considerarse ***comportamiento dirigido hacia el logro del embarazo*** puesto que la tasa de embarazo será más alta.

C. CUARTO DÍA EN FASE POST-PICO: SIEMPRE AL FINAL DEL DÍA

Después del día Pico, la infertilidad comienza el cuarto día post-Pico ***siempre al final del día***. Esta instrucción permite dar un tiempo adecuado para que

el óvulo se desintegre y que realmente haya infertilidad.

D. DÍAS SECOS EN FASE POST-PICO: AL FINAL DEL DÍA, DÍAS ALTERNOS

Se consideran infértiles los días secos durante la fase post-Pico del ciclo, después del cuarto día. En las primeras fases de aprendizaje, la mujer necesita desarrollar confianza en su identificación del día Pico y por ello continúa usando una instrucción esencialmente pre-Pico durante todo el ciclo (incluyendo la fase post-Pico).

E. DÍAS SECOS EN FASE POST-PICO (DESPUÉS DEL CUARTO DÍA): AL FINAL DEL DÍA, TODOS LOS DÍAS

Al progresar el aprendizaje y la comprensión del fluido seminal, la pareja puede rápidamente pasar a la instrucción de final del día, todos los días. Esto significa que todos los días secos durante la fase post-Pico del ciclo pueden considerarse infértiles (excluidos los días de la cuenta de tres), y que es posible la relación íntima genital al final del día. Esta instrucción debe considerarse temporal, mientras la pareja desarrolla una mayor comprensión del fluido seminal y confianza en el día Pico. En casos excepcionales en que la mujer tiene dificultades para desarrollar la confianza en la identificación del día Pico esta instrucción continúa hasta que haya tal confianza.

F. DÍAS SECOS EN FASE POST-PICO (DESPUÉS DEL CUARTO DÍA): A CUALQUIER HORA DEL DÍA

Una vez que la mujer ha desarrollado ***confianza*** en su identificación del día Pico, la pareja puede pasar a una instrucción que permite la relación íntima genital a cualquier hora del día, después del cuarto día post-Pico. Esta instrucción se basa en el concepto de que una vez que ha pasado el día Pico, también ha pasado la ovulación.

G. DÍAS SECOS EN DÍAS DE SANGRADO LIGERO (L) O MUY LIGERO (VL) AL FINAL DEL FLUJO MENSTRUAL: AL FINAL DEL DÍA

Cuando la mujer está en los días de flujo menstrual ligeros o muy ligeros, después de poco tiempo de aprendizaje, puede identificar con confianza la presencia o ausencia de moco y entonces podrán usarse estos días de la misma forma que cualquier otro día pre-Pico. Si se presenta moco, serían días fértiles. Si hay sequedad, la relación íntima genital es posible al final del día.

Esta instrucción no debe emplearse hasta que se hayan graficado en forma consistente, con claridad y confianza, por lo menos tres períodos menstruales.

H. "DOBLE" PICO

La instrucción relacionada con un "doble" Pico debe considerarse una instrucción básica del método (Ver Apéndice).

I. EN CASO DE DUDA, CONSIDERARSE EN DÍA FÉRTIL Y CONTAR 3 DÍAS MÁS

Siempre que la pareja tenga duda con respecto al uso del método, deben considerarse en fertilidad de día Pico durante el tiempo en que hay duda, y contar tres días adicionales de fertilidad en seguida del último día de duda. Esta es una importante instrucción que cubre cualquier situación inusual que pudiera crear confusión en la mente de la pareja. Tal vez las observaciones se hayan pasado por alto un día o se hayan olvidado; es posible que se dé una conjunción inusual de circunstancias y eso origine confusión. Cuando existan tales dudas y se tenga la intención de evitar el embarazo, debe considerarse ese tiempo como en fertilidad Pico. Adicionalmente, cuando exista esa confusión debe contactarse al **Profesional** de **Fertility*Care*™** o el **Fertility*Care*™ Center** de forma tal que se resuelvan las preguntas y se despejen las dudas. Esta instrucción es más importante de lo que parece. Toda pareja estará alguna vez en una situación como ésta.

• DÍAS DE FERTILIDAD •
(USADOS PARA LOGRAR EMBARAZO)

Por lo general, en la segunda visita de seguimiento se explican los días de fertilidad e infertilidad. Los días de fertilidad son aquellos que, si se usan, existe la posibilidad de un embarazo. La pareja puede esperar embarazarse si hace uso de esos días.

A. DÍAS DE FLUJO MENSTRUAL

El período de flujo menstrual se considera fértil por dos razones. En primer lugar, en algún momento de su vida reproductiva, toda mujer experimentara un ***ciclo menstrual corto*** como resultado de una ***ovulación temprana***. Cuando esto sucede, la secreción del moco inicia durante los últimos días del flujo menstrual y la ovulación viene un poco después. En este caso, la relación íntima genital durante este tiempo podría dar como resultado un embarazo. La segunda razón para considerar fértil el período menstrual es la posibilidad de confundir un período menstrual auténtico con el sangrado que ocasionalmente ocurre en el momento de la ovulación (llamado "***sangrado de la ovulación***"). Un pequeño porcentaje de mujeres presenta un sangrado cerca del momento de la ovulación debido a cambios hormonales. Si se presentara este sangrado, ocurriría en el momento de fertilidad Pico. Si el sangrado se considerara infértil y se tuvieran relaciones íntimas genitales en estos días, ocurriría un embarazo.

Se han realizado ciertas modificaciones en esta instrucción (ver mas adelante) que se pueden implementar con la asistencia del Profesional de **CREIGHTON MODEL**. Cuando se asumen estas modificaciones, tienen precedencia sobre la instrucción de los días de sangrado ligero y muy ligero.

B. DESDE EL INICIO DEL MOCO HASTA TRES DÍAS COMPLETOS PASADO EL DÍA PICO

La fertilidad comienza con flujo de moco y está presente cada día que hay moco hasta llegar al día Pico. La fertilidad continúa hasta pasados tres días completos después del día Pico (la infertilidad comienza al final del cuarto día). Esta instrucción se aplica tanto si se trata de ***un*** día Pico o de ***el*** día Pico.

C. CUALQUIER DÍA O DOS DE MOCO TIPO NO PICO, EN FASE PRE-PICO

El **CREIGHTON MODEL System** es un método ***prospectivo*** con el cual se puede identificar el tiempo de fertilidad. El método no se basa en ciclos pasados o en cálculos previos. Cuando aparecen uno o dos días de moco tipo no Pico, en fase pre-Pico, se considera fértil, porque podría ser el comienzo de la formación del moco hasta llegar al día Pico. Si hay un día o dos consecutivos de moco tipo no Pico durante la fase pre Pico y a continuación se tienen días secos, la experiencia ha demostrado que estos días secos son infértiles.

Debe considerarse en ***pre-Pico*** hasta que se ***identifique con certeza*** el ***Día Pico.***

D. CUANDO HAY TRES O MÁS DÍAS DE MOCO NO PICO EN FASE PRE-PICO, ESOS DÍAS SON FÉRTILES, MÁS TRES DÍAS COMPLETOS

Cuando hay moco tipo no Pico durante tres o más días consecutivos durante la fase pre Pico del ciclo, aumenta la posibilidad de que esté asociado con la ovulación y hay que contar tres días después del último día en que ocurra el moco tipo no Pico. Si por ejemplo, hay tres días de moco tipo no Pico, un día seco y después tres días más de moco tipo no Pico, el segundo parche de moco de tres días deberá ser considerado por separado. Así, la cuenta de tres se inicia en el día seco, pero se interrumpe por el segundo parche de moco no Pico y debe llevarse a cabo una segunda cuenta de tres días después del último día del segundo parche de moco de tres días.

E. CUALQUIER DÍA ÚNICO DE MOCO TIPO PICO, MAS TRES DÍAS COMPLETOS

Cuando el moco es tipo Pico, un sólo día de moco basta para provocar una cuenta de tres días. Este único día se considerara fértil, así como los tres días siguientes. Esto se aplica en ambas fases, pre o post-Pico, a menos que la mujer esté aplicando instrucciones especiales para moco tipo Pico en post-Pico.

F. CUALQUIER DÍA DE SANGRADO INUSUAL MAS TRES DÍAS COMPLETOS

Cuando hay un sangrado y se piensa que es distinto del periodo menstrual normal (***sangrado inusual***) en este método se considera de fertilidad Pico y hay que agregar tres días más de fertilidad después del último día de sangrado inusual. Además, debe registrarse si se observa o no cualquier flujo de moco durante el sangrado inusual. La razón por la que el sangrado inusual se considera fértil es por que ocasionalmente se asocia este sangrado con la ovulación.

La identificación del sangrado inusual ***se deja al juicio de la mujer*** y se hace al comparar con un período menstrual normal. El flujo del período menstrual tiene características típicas que la mujer pronto aprende a identificar. El sangrado inusual es distinto al del periodo menstrual y la mujer lo distingue fácilmente.

PARA LOGRAR EL EMBARAZO

En la Figura B-2 del Apéndice B se demuestra el uso del **CREIGHTON MODEL System** para lograr el embarazo en una pareja de fertilidad normal. Como regla general, cuando una pareja utiliza los días de fertilidad tipo Pico, las oportunidades de que logren un embarazo son extremadamente altas. Un sondeo hecho a partir del estudio de 50 embarazos indicó que el 76 por ciento de las parejas (de fertilidad normal) lograron el embarazo **en el primer ciclo** que usaron los días de fertilidad.

Aunque las instrucciones básicas del método sobre los días de fertilidad han sido desarrolladas para obtener un método que es altamente confiable para evitar el embarazo, algunas de las instrucciones son menos efectivas cuando se usan para lograr un embarazo. Por ello se ha desarrollado una instrucción especial de fertilidad:

A. USAR LOS DÍAS DE MAYOR CANTIDAD Y CALIDAD Y LOS DOS DÍAS SIGUIENTES

El sentido común que indica que estos serán los días de mayor fertilidad durante el ciclo menstrual y en eso se basa el desarrollo de esta regla. Debe aclararse que, por ahora, no existe información suficiente y organizada que pruebe esta instrucción . Sin embargo, la experiencia ha demostrado que una instrucción como esta es válida para ayudar a la pareja a enfocar sus esfuerzos para lograr el embarazo en este momento específico del ciclo. Las parejas que están usando el método para evitar el embarazo deben tener cuidado. No deben pensar que algunos de los días que se señalaron previamente como días de fertilidad pueden ser considerados infértiles al ver esta instrucción. ***Si se asume tal cosa, entonces la efectividad del método disminuirá considerablemente como medio para evitar el embarazo***. Esta instrucción especial de fertilidad está diseñada solo para aumentar la efectividad del método como medio para lograr el embarazo.



CAPITULO 8

APRENDIENDO S-P-I-C-E

Usar el **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System** con la intención de evitar un embarazo, implica adoptar una forma de vida en la que el contacto genital se evita periódicamente. A menudo, se piensa en esto como un "efecto colateral" o "complicación" del método, pero en realidad, es quizá el componente conductual más importante de este sistema, pues permite a la pareja colocar en una perspectiva adecuada la totalidad de su sexualidad humana y descubrir su "alma profunda" (ver Capítulo 2). Vivimos en una sociedad que enfoca toda la atención de su comportamiento sexual en la genitalidad, que es **genito-céntrica**. El gran reto para el usuario del **CREIGHTON MODEL** es comprender y apreciar el hecho de que el centro de la sexualidad humana se encuentra en el cerebro, o sea, que la sexualidad humana es **cerebro-céntrica**. Con base en esta idea es que distinguimos el concepto de **contacto sexual** del concepto de **contacto genital** .

Contacto Genital es cualquier contacto físico de los genitales masculinos y femeninos. Incluyen el coito completo (o relación íntima genital), coito incompleto, el contacto estrecho de los órganos genitales sin coito, la eyaculación en los alrededores de los órganos genitales femeninos y cualquier contacto de mano a genitales. Todo contacto genital debe evitarse en los días de fertilidad si se tiene la intención de evitar el embarazo. Desde esa perspectiva, el evitar el contacto genital es el mecanismo primario a través del cual el **CrMS** funciona para evitar el embarazo.

Contacto Sexual, es el "contacto" de la persona en su totalidad con el otro y por tanto debe distinguirse específicamente del contacto genital. El contacto sexual incluye al genital, pero es mucho más que solo eso. De hecho por tratarse de un concepto mucho más amplio, la mayoría de las veces no está incluido el contacto físico genital o coito. El contacto sexual implica una auténtica interacción sexual y por tanto es multidimensional. Es eSpiritual, Físico (Physical), Intelectual, Creativo y Emocional **(S-P-I-C-E)**[1]. Si bien hay que evitar el contacto genital durante los días de fertilidad si se tiene la intención de evitar el embarazo, ***nunca hay que evitar el contacto sexual*** .

Al evitar el contacto genital periódicamente, hay una tendencia natural en la pareja a **comunicarse en otras formas no genitales**. Esta forma de comunicación fundamenta una relación matrimonial gozosa y duradera. Cuando el contacto genital se convierte en el foco primario de la relación, los aspectos de comunicación de la propia personalidad quedan sin desarrollar. **La confianza en la relación surge del desarrollo de las formas no genitales de comunicación**. A través de estas formas se logra una "común-unión" entre el hombre y la mujer que es **liberadora, amorosa y permanente**. Además, cuando existe esta clase de amor, la unión genital

1 **SPICE**, acrónimo utilizado en el inglés, idioma original del modelo. Significa "especie o condimento" y sugiere, en un juego de palabras, que se "condimenta el amor matrimonial". En esta traducción se mantendrá la intención de el acrónimo, conservando la inicial en inglés de cada dimensión considerada: Spiritual, Physical, Intellectual, Creative, Emotional. (N. del T.)

adquiere un **significado mas profundo** y su **calidad se eleva** .

APRENDER S-P-I-C-E

Las parejas pueden modificar su comportamiento genital sin gran dificultad si desean hacerlo. **Tener relaciones genitales no constituye un impulso incontrolable**. Sin embargo, el aprender a relacionarse en una forma que no implique la genitalidad si es un reto para las parejas que ingresan en un programa **Fertility*Care*™**, especialmente aquéllas que tienen una larga historia de uso de contraceptivos. Lo importante para ellos será el desarrollo de todos los aspectos de su relación para que pueda entrar en sus vidas un **equilibrio y perspectiva** .

Los usuarios del **CREIGHTON MODEL System** desarrollarán ***nuevos patrones de interacción sexual***. Nuevos patrones que por lo general se encuentran en las áreas no genitales de la sexualidad humana. A esto es a lo que llamamos **APRENDER S-P-I-C-E** y se refiere al ***desarrollo de la naturaleza multidimensional de la auténtica interacción sexual*** . Incluye el desarrollo de aspectos de la sexualidad en lo Spiritual, Físico (Physical), Intelectual, Creativo/comunicativo y Emocional/psicológico. Este es el medio por el cual se **descubre el "Alma Profunda de la Sexualidad Humana"**. La revisión de algunos **ejemplos concretos** de formas no genitales de interacción sexual podría ser de utilidad.

Desde esta perspectiva, proporcionamos una serie de sugerencias concretas para cada componente de **S-P-I-C-E** que pueden emplearse para reflexionar. La pareja debe darse cuenta de que esta lista está lejos de incluir todo, pero la ofrecemos con la esperanza de que estimulará un mayor desarrollo en estas áreas.

ESPIRITUAL

1. Quizá el factor espiritual más importante de la interacción sexual no genital es la ***oración***. La oración es un componente esencial en el desarrollo y fortalecimiento de las necesidades espirituales de las personas y de la pareja.
2. Si la pareja puede llegar al conocimiento de que **en última instancia su amor es para Dios** y de que el amor por el cónyuge surge de aquí, entonces se adquiere un fundamento de enorme importancia para las actividades del **CREIGHTON MODEL System** .
3. Decirle al cónyuge verbalmente **"Te amo y amo todo lo tuyo"** es una experiencia profundamente espiritual (así como emocional y psicológica). Cuando esto se reafirma en la vida cotidiana se propicia el desarrollo de una confianza inquebrantable.

FÍSICO (PHYSICAL)

1. Cuando las parejas están evitando el contacto genital, **no** deben dormir en habitaciones separadas; deben dormir juntos, como lo hacen normalmente.
2. El **"efecto luna de miel"** es bien conocido. Cuando las parejas evitan el contacto genital durante el tiempo de la fertilidad, el inicio del tiempo de infertilidad crea una expectación o un sentimiento muy especial ante la relación íntima genital.
3. Es deseable que las parejas que usan el **CrMS** se besen y abracen sin llegar al orgasmo. Besarse, abrazarse, tomarse de las manos o simplemente estar juntos pueden ser experiencias muy gratificantes. Tal vez uno de los secretos mejor guardados es que a los hombres les gusta ser abrazados, lo mismo que a las mujeres.
4. "Los abrazos creativos" son un medio de expresar físicamente la cercanía sin que tenga que llegarse al coito. Una de las experiencias emocionantes del **CrMS** es quedarse dormido uno en brazos del otro sin que exista ninguna demanda de ir más allá por parte de ninguno. Es importante que la pareja hable sobre los límites individuales tras los cuales surge la excitación genital. Al hablar abiertamente sobre esto, cada uno de los esposos puede respetar perfectamente al otro. Esto es también importante para definir la diferencia entre **la "caricia que excita" y la "caricia que afirma"** .
5. El período en que la pareja evita el contacto genital, a menudo se ve como un "descanso" en la necesidad de "actuar" todas las noches.
6. Una forma importante de actividad física implica la relación física de los esposos con sus hijos. Jugar con los niños, abrazarlos, besarlos y en general reforzar su seguridad es verdaderamente **darles vida** en forma continua. Esta forma de interacción tan importante parece también reducir la necesidad de actividad genital. Esto se logra por el aumento de la autoestima del padre o de la madre mediante la **caricia que afirma** .

7. Pueden realizarse muchas otras actividades físicas como por ejemplo salir a caminar, establecer momentos especiales para hablar y planear los días venideros, ver juntos una película tarde por la noche, etc. Estas actividades crean vínculos y estimulan la comunicación. También desarrollan la confianza en la relación y aumentan la autoestima de la pareja reduciendo la necesidad de un refuerzo superficial con la relación genital.

INTELECTUAL

1. La lectura de los materiales puede ser usada para ampliar estos conceptos.
2. Entender en qué forma el **CrMS** respeta nuestros cuerpos y nuestras personas puede apoyar intelectualmente el uso del método y la decisión de evitar el contacto genital.
3. La pareja puede discutir sus prioridades con respecto al uso del método. ¿Desean tener otro hijo en este momento? Si no lo desean, ¿por qué? Hablar sobre sus intenciones con el uso del método es muy importante para desarrollar una actitud positiva hacia la continencia genital.

CREATIVO/COMUNICATIVO

1. Uno de los esposos podría hacer algo especial para el otro, tal vez una comida especial o una cena tranquila juntos. El hecho que el esposo traiga flores a su esposa o haga algo especial que él sabe que a ella le gustará ayuda a desarrollar una comunión entre marido y mujer. Algunas parejas escriben cartas de amor a su cónyuge y encuentran que escribir lo que sienten es una forma especial de comunicarse. La esposa puede escribir una nota que diga "Te amo" y ponerla en la cartera de su esposo, o el esposo puede llamar a la casa durante el día simplemente para decir "Hola, ¿cómo estás? Te amo".
2. Realizar proyectos conjuntos, organizarlos y planearlos crea la oportunidad de trabajar unidos de manera articulada. Algunos ejemplos de este tipo de actividades son los proyectos en el hogar, plantar un jardín, las salidas familiares.
3. Se puede hacer individualmente una lista de diez formas de demostrar el amor, que no sea en forma genital, e intercambiarlas para discutirlas y aprender de ellas la forma en que el otro piensa y siente. Esta actividad puede auxiliar a las parejas a formular en una forma creativa los rasgos de interacción sexual no genital que son especiales para ellos.

EMOCIONAL/PSICOLÓGICO

1. La pareja debe **reservar un tiempo especial** para poder hablar de lo que sucedió en el día, u otras cosas que son de importancia para ellos.
2. Las parejas deben explorar y expresar sus sentimientos. Es posible que la expresión de sus necesidades y deseos sea una experiencia nueva para ellos que hay que desarrollar y fomentar. Estos esfuerzos, hechos dentro del contexto de la confianza, pueden ser muy importantes en el desarrollo de una relación mas abierta.
3. Hay que permitir a las parejas exponer y hablar sobre sus frustraciones y que sepan que son normales. ¿Cómo se sienten con respecto a la continencia genital? Se puede hablar de esto y aprender uno del otro. A través de este proceso de "ventilar" la frustración o hasta la ira, la pareja puede comenzar a reconocer las importantes preocupaciones del otro. Con este proceso puede trabajarse en la solución de las dificultades. Es importante que se lleve a cabo la solución ya que la simple expresión de la frustración o el enojo no basta.
4. Las parejas deben ser totalmente abiertas en su relación. Al tiempo en que se "abre" la relación se **crea un vínculo** y el sentimiento de **proximidad e intimidad se hace profundo**. El contacto genital no es imprescindible para la creación de este vínculo.
5. Finalmente, la pareja debe tener ***sentido del humor***. Ser capaces de reírse de uno mismo y del otro en el momento oportuno es una forma de liberar las tensiones.

El **CREIGHTON MODEL System es único en estimular nuevas formas no genitales de interacción sexual** (esto es, a relacionarse en todos los aspectos de la persona), con el énfasis en **aprender SPICE** y en desarrollar la habilidad de dar esas **caricias que afirman**. El gozo pleno de utilizar este sistema **CrMS** solo se obtiene sólo si las parejas se adentran en estas nuevas áreas y experimentan **S-P-I-C-E**.

EL COMPORTAMIENTO (USO) DIRIGIDO A LOGRAR O EVITAR EL EMBARAZO

El **CREIGHTON MODEL System** puede utilizarse tanto para lograr como para evitar el embarazo. Este es un concepto **único** relacionado con su uso y es esta característica la que realmente distingue a este método de los métodos de contracepción. En realidad los métodos naturales son los únicos que no tienen que descontinuarse para embarazarse.

Obviamente, si la pareja está utilizando el método de acuerdo con sus instrucciones como un método para evitar el embarazo, están asumiendo un ***comportamiento (uso) dirigido a evitar el embarazo***. Si la pareja cambia y conscientemente usa los días de fertilidad Pico, claramente está asumiendo un ***comportamiento (uso) dirigido al logro del embarazo***. Estos dos ejemplos son obvios para la mayoría de la gente. El reto en el **CrMS** es entender los aspectos más sutiles del comportamiento relacionado con evitar y lograr el embarazo.

Los días de fertilidad definidos según el **CREIGHTON MODEL** son muy precisos. Son tan precisos que tienen el potencial de cambiar por completo nuestro enfoque sobre el concepto de lograr un embarazo. No hay tal cosa como "jugársela" cuando se usa el **CrMS** y queda arcaica esta idea que floreció con el Método del Ritmo. **"Jugársela" es usar esos días que tienen una probabilidad mayor de embarazo.** Por lo tanto, este comportamiento pertenece propiamente a la clasificación de comportamiento dirigido al logro del embarazo.

Es relativamente fácil identificar el **comportamiento dirigido a evitar un embarazo;** ***las observaciones se hacen al 100 por ciento, la graficación se lleva a cabo con precisión y las instrucciones para evitar un embarazo se siguen perfectamente***. Si el método se usa en esa forma, puede anticiparse que será altamente confiable para evitar el embarazo. Es de esperarse que con cualquier desviación de las instrucciones básicas para evitar el embarazo disminuya la efectividad del método para evitar embarazos y aumenta la efectividad del método para lograrlo. ***Por lo tanto, cuando se toman acciones que aumentan la posibilidad de un embarazo, esas acciones pueden definirse como comportamiento dirigido al logro del embarazo.***

Se pueden identificar algunos comportamientos específicos tendientes a lograr el embarazo. Por ejemplo, cuando una mujer comienza a dejar las observaciones a pesar de estar plenamente consciente de la importancia de las mismas, o cuando se tiene una relación íntima genital al inicio del día en fase pre-Pico sabiendo que la instrucción indica que se realice al final del día; también si la pareja usa el tercer día post-Pico pensando que es "muy posible" no embarazarse. Estos son ejemplos de ***comportamiento dirigido al logro del embarazo***. Aun cuando la pareja se encuentra en un estado de ***ambivalencia*** o duda con relación a sus intenciones de cómo usar el método, están en realidad en una condición proclive al logro del embarazo. Una vez que la pareja se aleja de la decisión de evitar el embarazo y aunque no estén plenamente conscientes en su decisión de lograrlo, el hecho de apartarse de la intención de evitarlo es una forma de comportamiento dirigido a lograrlo.

Es importante que la pareja se dé cuenta de que el comportamiento dirigido a lograr el embarazo a menudo precede a una intención plena de lograr el embarazo. **No tomar una decisión es decidir**.

Al aumentar su comprensión de su fertilidad, la pareja es capaz de comprometerse en actos encaminados a lograr la concepción. Más que llegar sorpresivamente a un embarazo, la pareja se capacita para conscientemente, co-crear con Dios una nueva vida humana.

TOMA DE DECISIONES EN EL USO DEL CREIGHTON MODEL System

Uno de los factores en el uso maduro del **CrMS** es que la pareja comprenda la forma en que ocurre la toma de decisiones cuando se usa el método (ver más adelante). Nuestra sociedad ha crecido con el concepto de que la decisión básica es "¿debemos tener relaciones íntimas genitales o no?" pero la decisión realmente es "¿debemos tener otro hijo o no?".

Es un principio de suma importancia para el enfoque correcto de la toma de decisiones en el uso del **CrMS**. Es importante que la pareja aprenda que esta realidad está en la base de sus decisiones. **La perspectiva es completamente diferente de la que se vive cuando se utilizan anticonceptivos**.

Para una pareja que use el **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System**, la decisión no es en última instancia sobre si tener o no relaciones genitales en un momento determinado, sino si su intención para usar el método es lograr o evitar el embarazo. Si la intención de la pareja es evitar un embarazo y es un tiempo de fertilidad, es condición ***sine que non*** **para el buen uso del método** (para evitar embarazo) evitar las relaciones genitales en ese momento. De esta forma, la comunicación con respecto al uso de ciertos

días del ciclo debe basarse en la **discusión de la pareja sobre sus intenciones** de cómo desean usar el método, no si deben o no tener relaciones íntimas genitales en ese momento. Esta es una decisión secundaria. Una vez que se ha tomado la decisión primaria, entonces la cuestión del contacto genital también se ha decidido. Sin embargo, si uno se enfoca sólo en la decisión de tener relaciones genitales como punto principal en el proceso de la toma de decisiones, fácilmente pueden cometerse errores en las intenciones específicas del uso del método.

Cuando la pareja está decidiendo sobre la realización del coito, no es raro que el esposo pregunte "¿podemos tener relaciones esta noche?" Esto sitúa a la esposa en la incómoda posición de tener que actuar como un intermediario que debe decidir "si" o "no". Para aliviar este problema, **la pareja debe mirar su grafica juntos** y determinar primero si es un día de fertilidad o infertilidad y si es un día de fertilidad, discutir "¿deseamos tener un hijo en este momento?". Si la respuesta es sí, entonces la respuesta sobre si tener relaciones podría ser sí. Sin embargo, si la respuesta a esa pregunta es no entonces la respuesta a tener relaciones genitales es no. Así la pareja entra en la **comunicación conjunta** que es vital para el uso maduro del **CrMS.**

La mayoría de las iglesias y religiones no aportan mucha guía u orientación con respeto a tener hijos. Pero la Iglesia Católica ha enseñado que los hijos son el "Don Supremo del Matrimonio" y que **"la paternidad responsable"** se ejerce cuando se miran las condiciones **físicas, económicas, psicológicas** y **sociales** y luego se orienta la decisión con **"las consideraciones prudentes... generosidad. ... y el debido respeto a los principios morales".** Más aún, esta "paternidad responsable" tiene su raíz en el orden moral objetivo establecido por Dios y la iglesia enseña que es moralmente permisible (usar el) ritmo natural inherente a la facultad generativa y reservar las relaciones íntimas conyugales para el tiempo infértil. Así, las parejas tienen la posibilidad de "planificar sus familias" sin violar las enseñanzas morales. Los esposos pueden reconocer sus obligaciones mientras mantienen las prioridades correctas "hacia Dios... hacia sí mismos... hacia la familia y hacia la sociedad humana". [1]

Al fin y al cabo es a los padres a los que toca decidir, con pleno conocimiento de causa, el número de hijos, aceptando sus responsabilidades ante Dios, ante ellos mismos, ante los hijos que han traído al mundo y ante la comunidad a la que pertenecen, siguiendo las exigencias de su conciencia, instruida por la ley de Dios auténticamente interpretada y sostenida por la confianza en Él.[2]

1. Carta Encíclica Papa Paulo VI ***Humane Vitae*** (Sobre la Vida Humana), Párrafo 10
2. Carta Encíclica Papa Paulo VI ***Populorum Progressio*** (Sobre la Necesidad de Promover el Desarrollo de los Pueblos), Párrafo 37



INTRODUCCIÓN A LA NaProTECHNOLOGY®

La **NaProTECHNOLOGY®** es una ciencia[1] dedicada a la salud de la mujer que ha surgido recientemente. Puede definirse como una ciencia que dedica sus energías y su atención en el terreno médico, quirúrgico y de aliado de salud a cooperar con los mecanismos y funciones procreativas naturales. Cuando estos mecanismos funcionan adecuadamente, la **NaProTECHNOLOGY®** trabaja cooperando con ellos y si funcionan de manera anormal, la **NaProTECHNOLOGY®** apoya dichos mecanismos procreativos y genera una forma de tratamiento que ***corrige el problema, mantiene la ecología humana y conserva el potencial de procreación*** .

Esta nueva ciencia se ha desarrollado mediante los trabajos de investigación del **Instituto Papa Paulo VI para el Estudio de la Reproducción Humana**, en Omaha, Nebraska. Implica la evaluación ordenada y sistemática de los sucesos que ocurren durante el curso de los ciclos menstrual y de ovulación. Se basa en el ***registro ginecológico estandarizado (la grafica)*** del **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System.** La graficación depende del registro de patrones de sangrado, flujo mucoso y días secos que sirven como ***biomarcadores de gran sensibilidad para determinar la normalidad y anormalidad de la función ginecológica y reproductiva.***

Como cualquier nueva ciencia, tiene su propia terminología o vocabulario. Cuando uno estudia el "arte" del **CrMS** se adquiere la capacidad de hablar con fluidez de las fases pre-Pico y post-Pico, la duración del ciclo del moco, la clasificación del moco, la intensidad del flujo menstrual, los diferentes tipos de descarga y todos los distintos patrones cuyo entendimiento despierta la **NaProTECHNOLOGY®**.

Mientras mejor se entiende esta ciencia, se adquiere la capacidad para identificar reacciones inflamatorias del cérvix como ***eversiones*** y ***erosiones***, diferentes tipos de ***quistes ováricos***, el origen de ***sangrado inusual*** y las causas asociadas a varios desordenes reproductivos como ***infertilidad, pérdidas o abortos espontáneos y embarazo ectópico***. Se adquiere la capacidad de determinar la ***fecha*** del ***inicio real*** del embarazo (el momento de la concepción), en vez del ***inicio falso*** que se usa comúnmente (el primer día del último período menstrual). Se logra entender la forma de ***evaluar cooperativamente*** la endocrinología (estatus hormonal) del ciclo menstrual para proporcionar una ***terapia real de reemplazo de progesterona***. Se adquiere la capacidad de hacer una evaluación exacta y precisa de la función ovárica y del subsecuente tratamiento de la función ovárica anormal. Se logra un mejor entendimiento de los ***efectos del estrés*** en el ciclo menstrual. Se aprende como tratar efectivamente el ***síndrome premenstrual (SPM o PMS por sus siglas en inglés)*** y entender algunas de las indicaciones y razones para usar progesterona de soporte durante el embarazo.

[1] **NaProTECHNOLOGY®**: NaPro se refiere a "Natural Procreation" por lo que el concepto equivalente en español sería Tecnología para"Procreación Natural". (N. del T.)

Es esencial que la mujer lleve un buen registro o graficación ginecológica. Estos registros se llevan de mejor manera usando el **CREIGHTON MODEL System** ya que al ser ***estandarizado*** y ***objetivo,*** da una información muy acertada. Por ello, al tiempo que se usa este sistema como un medio natural de regular la fertilidad, se está usando también como un sistema de ***mantenimiento de la salud de la mujer*** .

La **NaProTECHNOLOGY®** ***es una ciencia que le da el poder a la mujer*** de tomar control de su fertilidad, entender la secuencia natural de fertilidad e infertilidad, y estar ***varios pasos adelante*** en la evaluación y eventualmente en el tratamiento de anormalidades ginecológicas y reproductivas.

Este sistema de graficación ***no prueba*** que cierta condición exista, pero indica con un ***grado razonable de certeza*** que existe la posibilidad de que sea así. ***Puede requerirse una evaluación médica más profunda una vez que se identifica un riesgo alto***. El **Profesional de Fertility*Care*™** tiene la capacidad de ayudar a identificar este tipo de dificultades y hacer los arreglos para referirlo a la asistencia médica. Se ***puede esperar que los problemas se identifiquen en sus etapas iniciales o tempranas*** y que puedan tratarse de manera efectiva antes de que se vuelvan crónicos.

Al entender la **NaProTECHNOLOGY®** y adoptarla como un modo de vida se aprende a reducir el número de procedimientos quirúrgicos para quistes ováricos, a reducir significativamente el número de histerectomías, a evaluar y tratar la infertilidad, abortos espontáneos y embarazo ectópico, y en general, **a participar en el mantenimiento de la propia salud ginecológica** (ver Figura B-11, Apéndice B).

Ciertamente, esta es la ***forma contemporánea de abordar el cuidado de la salud femenina***. Es ***médicamente seguro***, respetuoso de la ***dignidad de la mujer*** y ***efectivo*** en lo que se dice capaz de hacer.

Este capítulo se ha diseñando como una introducción al potencial de lo que la **NaProTECHNOLOGY®** puede ofrecer con esta información.

• DESCARGA CRóNICA

La mujer que tiene una **condición inflamatoria del cérvix** experimenta un patrón característico de flujo. Esta condición inflamatoria comúnmente está asociada a ***eversión o ectropión***, a una ***erosión cervical o*** a ***cervicitis.*** Estas condiciones pueden causar un flujo en momentos específicos del ciclo menstrual. El **Profesional de Fertility*Care*™** tiene el conocimiento de los criterios específicos que se han desarrollado para identificar tales inflamaciones cervicales y ayudará a la mujer a determinar su existencia con base en su gráfica de **CrMS** con al menos de ***75 porciento de precisión*** .

Existe toda una variedad de tratamientos médicos para esta condición si se identifica apropiadamente. El que hemos usado más recientemente es la cauterización del cérvix usando el Hyfrecator®, un electrocauterio de baja potencia y alta frecuencia y que es menos dañino que los sistemas usuales de criocirugía que requiere el congelamiento del cérvix. Hay por supuesto otros planes para el manejo que pueden ser de utilidad, como el uso de cápsulas vaginales de progesterona durante la fase post-Pico del ciclo menstrual. Si no hay asistencia médica disponible, el **Profesional de Fertility*Care*™** puede instruir para el uso de las estampas amarillas pre y post-Pico.

FIGURA 9.1
Las Hormonas del ciclo Menstrual.

• EVALUACIóN HORMONAL DIRIGIDA EN EL CICLO MENSTRUAL

Una de las dificultades al evaluar los aspectos hormonales de la función menstrual y ovulatoria es el hecho de que varias hormonas del ciclo menstrual se producen en cantidades que difieren durante el transcurso del ciclo. De hecho, lo propio de las hormonas del ciclo menstrual es que no son las mismas cada día (ver Figura 9.1).

La elevación del estrógeno que ocurre cuatro o cinco días antes del tiempo de la ovulación y tiene un pico 36 horas antes, es característica del ciclo menstrual. Adicionalmente, el nivel de estrógeno vuelve a crecer durante la fase post-ovulatoria del ciclo menstrual, junto con un incremento en la progesterona. No obstante, la hormona **progesterona** crece después de la ovulación **solamente** .

También es cierto que hormonas tales como FSH, LH[2], Testosterona, Prolactina y Beta Endorfina tienen variaciones cíclicas y por lo tanto es más difícil valorarlas con precisión si no se tiene un entendimiento adecuado de los eventos del ciclo en sí mismo.

Es una ***práctica médica común*** valuar las hormonas del ciclo menstrual haciendo el análisis hormonal de la muestra con base en el día del ciclo. Por ejemplo, es común que el médico ordene un análisis de progesterona, para probar la adecuación de la fase post-ovulatoria, en el día 22 del ciclo. El médico supone que la mayoría de los ciclos menstruales duran 28 días pero, solo entre cinco y diez por ciento de los ciclos duran 28 días y por lo tanto, evaluar los niveles hormonales en ese momento del ciclo a menudo no es útil. El nivel de progesterona puede ser extremadamente bajo o estar en el nivel pre-ovulatorio dando la falsa impresión de que la fase lútea es inadecuada o que la mujer no está ovulando. Lo mismo puede decirse de la medición de otras hormonas del ciclo menstrual. ***Lo que es tal vez más importante es la necesidad de observar las hormonas reproductivas mientras se producen durante un periodo***. En otras palabras, **es mejor medir el perfil de producción de una hormona** durante un período que confiar en una lectura única .

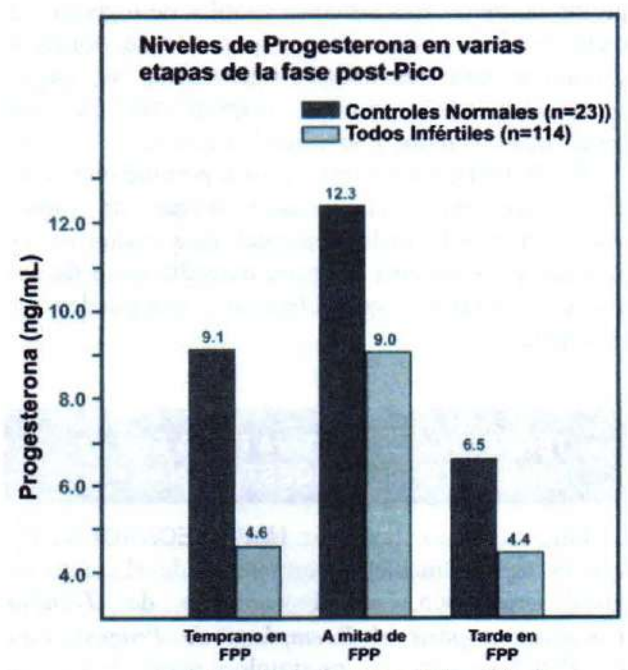


FIGURA 9.2: Niveles de Progesterona en varios momentos de la fase post-Pico en pacientes con fertilidad normal y con infertilidad.

Si el médico tiene acceso a un sistema simple para determinar la fase pre y post-ovulatoria de la mujer, puede programar la evaluación de las hormonas en el tiempo adecuado. Este sistema simple se encuentra en el **CrMS**. Con esta **NaProTechnique®**, o técnica[3] de **NaProTECHNOLOGY®**, la mujer tiene la capacidad para identificar su Día Pico que está relacionado de modo muy directo con la ovulación. Esta identificación es una de las claves para entender correctamente la **NaProTECHNOLOGY®**. Si se toma el día Pico como base para observar las hormonas tanto pre como post-ovulatorias, se puede lograr mayor precisión con respecto a la evaluación hormonal del ciclo menstrual.

En la figura 9.2 se muestran los niveles de progesterona en varios momentos de la fase post-Pico del ciclo en un grupo de pacientes de fertilidad normal y otro grupo con infertilidad.

Esta forma de **evaluación hormonal dirigida** del ciclo menstrual es un ***principio básico*** y crítico de la adecuada valoración de la actividad ovárica y

[2] FSH, Hormona Folículo Estimulante y LH Hormona Luteinizante, se conservan aquí las iniciales en inglés, el idioma original, con fines de estandarización del sistema. (N. del T.)

[3] **NaProTechnique®** se refiere a técnicas utilizadas dentro del ámbito de **NaProTECHNOLOGY®**.(N. del T.)

pituitaria. Pero estos sistemas simples de registro del ciclo se usan pocas veces y por ello se obtienen exámenes con resultados irrelevantes, se hacen interpretaciones falsas o inapropiadas de los resultados obtenidos y se inflan los costos.

Por lo tanto, esta simple técnica permite que tanto el médico como el paciente tengan un mejor entendimiento del ciclo menstrual. Esta evaluación es esencial para adquirir un buen entendimiento de los sucesos hormonales que subyacen y que pueden ser anormales.

• TERAPIA COOPERATIVA PARA EL REMPLAZO DE PROGESTERONA

Otro elemento clave para **NaProTECHNOLOGY®**, que es especialmente importante desde el punto de vista terapéutico, es el concepto de ***Terapia Cooperativa para el Reemplazo de Progesterona (TCRP).*** Este concepto es simple y puede delinearse con los siguientes puntos:

1. La progesterona se produce de manera cíclica ***solamente*** después de la fase post-ovulatoria del ciclo (Figura 9.1).
2. Por ello, una real terapia de reemplazo debe proveer progesterona ***solamente*** durante la fase post-ovulatoria del ciclo.
3. La fase pre-ovulatoria del ciclo es de ***duración variable***.
4. Es pues necesaria una manera **simple pero confiable** de determinar cuando la paciente está en la fase post-ovulatoria del ciclo.
5. El día pico es un signo confiable y reproducible de ovulación y es la ***señal determinante*** para que la mujer sepa que está entrando en la fase post-ovulatoria de su ciclo.

Es inadecuado empezar una terapia de progesterona en un ***día determinado*** del ciclo dada la variabilidad de la fase pre-ovulatoria. Pero el Día Pico es un signo confiable del día de la ovulación y por tanto, usar la fase post-Pico del ciclo como indicador para el uso de progesterona es ***necesario*** y es ***terapéutico.*** A esta forma de suministrar la progesterona es a lo que nos referimos como **Terapia Cooperativa para el Reemplazo de Progesterona (TCRP).**

La progesterona puede suministrarse usando distintos métodos. Pueden usarse supositorios, óvulos, cápsulas vaginales, capsulas orales, inyecciones o gonadotropina coriónica humana (HCG).

• IDENTIFICACIóN Y TRATAMIENTO DE QUISTES OVÁRICOS

A menudo, los pacientes que utilizan el **CrMS** identifican quistes ováricos. Los quistes que pueden identificarse son los que en su fisiopatología son funcionales o fisiológicos. Por lo tanto, los que más comúnmente se pueden identificar son ***quistes foliculares persistentes*** y quistes de ***cuerpo lúteo persistente.***

Hay otras causas de quistes ováricos y no simplemente la variedad de origen funcional. Por tanto, al tratar con quistes ováricos es importante ***no presuponer que son benignos. Es crítico darles seguimiento y tratamiento cuidadoso.***

Sin embargo, la gran mayoría de los quistes ováricos vistos en el grupo en edad reproductiva son quistes funcionales benignos. Al entender los principios básicos de **NaProTECHNOLOGY®** se tiene información adicional con la cual evaluar los quistes ováricos. Esto da como resultado una reducción en la ***necesidad de intervenciones quirúrgicas.*** Como regla general, ***las mujeres con quistes funcionales no necesitan cirugía.*** Hay algunas excepciones, pero relacionadas con hemorragia interna (sangrado interno significativo) o dolor incapacitante y estos dos casos son bastante raros.

Es una tragedia que se realice cirugía por quistes ováricos a un gran número de mujeres, especialmente jóvenes, cuando tales operaciones son a menudo innecesarias. Estas cirugías generan tejido cicatricial (adherencias) que pueden dañar la fertilidad.

Con un **quiste ovárico folicular**, la gráfica de **CrMS** mostrará un flujo de moco tipo-Pico prolongado, y un retraso en el día Pico. Adicionalmente, a menudo se asocia con dolor pélvico crónico, usualmente unilateral, pero que puede ser en ambos lados.

En un **quiste luteal persistente** (Síndrome del Folículo Luteinizado no roto – LUF, por sus siglas en inglés) el folículo crece y se desarrolla para el momento de la ovulación. Pero no ocurre la ruptura del folículo (la ovulación propiamente). El folículo permanece completo y en seguida se forma un quiste que por lo general crece en tamaño durante lo que resta del ciclo. Si la mujer está graficando su ciclo usando el **CrMS** la fase post-Pico del ciclo se prolongara a 16 o más días. Si esto ocurre, se puede

sospechar de la presencia del LUF. En ausencia de embarazo y si el día pico se ha identificado correctamente, la interpretación en la gráfica que refleja un quiste luteal persistente será precisa en la gran mayoría de los casos. De cualquier modo, un buen examen de ultrasonido puede ser útil para una mejor evaluación de este caso.

Es común que los médicos traten ambos tipos de quistes con pastillas anticonceptivas. Sin embargo, este es un tratamiento **supresor** que es contrario a los fundamentos de la **NaProTECHNOLOGY®**. Además, es innecesario, dado el entendimiento logrado por el **CREIGHTON MODEL System** .

El tratamiento usual de estos quistes es inyectar progesterona que hace desaparecer el dolor y el quiste.

• EFECTOS DEL ESTRÉS

El estrés tiene un impacto enorme en los ciclos menstrual y de ovulación. El estrés puede ser físico o emocional y puede ser ***agudo*** o ***crónico.***

Se pueden observar toda una variedad de patrones en mujeres sujetas a estrés. Primero, cuando ocurre un estrés agudo cerca del momento en que se espera la ovulación, puede retrasarse la aparición del ciclo del moco y la observación del día Pico. De hecho la ovulación se suprime y se retrasa y por tanto el ciclo de moco se alarga.

En otros casos el ciclo del moco puede prolongarse mucho y llegar a durar hasta 3 a 4 semanas con retraso también del día pico. Esto también puede observarse cuando hay estrés agudo a la mitad de la formación del moco.

Algunas mujeres pueden tener ciclos de moco limitado o secos como resultado de estrés crónico. Esto es muy común en mujeres que presentan infertilidad, pérdidas o abortos espontáneos, embarazo ectópico (en las trompas) y otros desórdenes reproductivos.

• SÍNDROME PREMENSTRUAL

El síndrome premenstrual (SPM, o PMS por sus siglas en inglés) es una condición en la que ocurren una serie de síntomas con una base regular y rutinaria durante la fase premenstrual del ciclo. En sus fases más avanzadas, puede ser una ***condición muy debilitante*** para las mujeres que la sufren.

Generalmente se considera que el SPM es una ***condición de deficiencia de Progesterona***. Sin embargo, los estudios que muestran deficiencia de progesterona no son concluyentes. Otros estudios han mostrado niveles disminuidos de Beta-endorfinas durante la fase post-ovulatoria o premenstrual del ciclo y sugieren que esto puede ser también una causa.

El tratamiento de esta condición ha girado entre planes de apoyo nutricional, manejo del estrés y soporte de la fase lútea post-ovulatoria con progesterona, pero el éxito de estos enfoques ha sido variable y el tratamiento aún causa controversias.

Lo trágico sobre esta condición es que la mayoría de los médicos niegan que exista o simplemente creen que es normal que la mujer tenga cambios emocionales periódicos. En innumerables ocasiones, se ha oído a los médicos decir "si la mujer presenta estos síntomas, se le da un poco de Valium". El tratamiento "de avanzada" es el Prozac.

Es igualmente perturbadora la idea feminista de que reconocer al SPM como un padecimiento real es en cierto modo denigrante a la mujer. De hecho, puede argumentarse que negarlo es lo que le denigra y que reconocer que existe y trabajar para su tratamiento exitoso, es lo que mejor puede ayudar a la mujer con estos síntomas. Como se mostrará, la mujer puede curarse de estos síntomas con el uso de la **Terapia Cooperativa para el Reemplazo de Progesterona (TCRP)** *y* **NaProTECHNOLOGY®**.

El SPM es un grupo de síntomas que usualmente comienzan **siete a diez días previos al inicio de la menstruación.** Sin embargo, estos síntomas también pueden presentarse cerca del tiempo de ovulación y de nuevo en los primeros días del ciclo menstrual. ***Uno o dos días antes de la menstruación pueden presentarse algunos síntomas leves que no deben considerarse SPM***. Entre estos síntomas están **hinchazón, fatiga, irritabilidad, depresión, propensión al llanto, sensibilidad en pecho (mamas), deseo de ingerir carbohidratos, ganancia de peso, cefaleas (migrañas) y/o insomnio** .

La migraña premenstrual puede ser sumamente fuerte y su tratamiento puede ser extraordinario. Pueden observarse también **ansiedad, estados de confusión, mareo, torpeza, y aún tendencias suicidas**. En numerosas ocasiones el autor ha observado que psiquiatras de renombre han diagnosticado erróneamente, con psicosis depresiva o psicosis maníaco-depresiva, a mujeres cuyo problema primario era el SPM.

Fundamentalmente, el tratamiento para este padecimiento es dar soporte de progesterona durante la fase premenstrual del ciclo. Esto se hace con la Terapia Cooperativa de Reemplazo con Progesterona

(TCRP). Antes de iniciar el tratamiento es necesario hacer una evaluación hormonal dirigida de la fase post-ovulatoria del ciclo.

• EVALUACIóN DE INFERTILIDAD, ABORTO ESPONTANEO Y EMBARAZO ECTóPICO

La ***infertilidad es un problema serio*** y muchos piensan que en la actualidad se está incrementando. A menudo los médicos no toman en serio el padecimiento y tratan a sus pacientes como si todo fuera psicológico, como si sólo estuviera "en su mente". Ciertamente, la imposibilidad de usar libremente sus capacidades procreativas en la generación de nuevas vidas causa un gran sufrimiento (tanto físico como emocional y espiritual) en las parejas que confrontan esta condición.

La **NaProTECHNOLOGY®** tiene mucho que ofrecer a esas parejas con algún problema reproductivo. El **CREIGHTON MODEL System** es el ***método más preciso*** del que se dispone en la actualidad para ayudar a las parejas identificar el momento de mayor fertilidad y es ***muy superior*** a los equipos de pruebas de orina. De esta manera apoya en ***el tratamiento*** de la infertilidad. Pero además, **NaProTECHNOLOGY®** puede ser de gran utilidad en la evaluación del desorden en sí.

La evaluación de un desorden reproductivo, mejora cuando se usa la graficación de **CrMS.** La observación estandarizada del moco, el registro de sangrado y de los días secos, se convierten en ingrediente vital en la evaluación y eventual tratamiento de la pareja afligida con este problema.

Los ciclos de ***moco cervical limitado, ciclos secos, fases post-Pico cortas, sangrado premenstrual (manchas), sangrado marrón post-menstrual y menstruación ligera*** son más comunes en mujeres que tienen un desorden reproductivo. Al llevar un registro en la gráfica, ***se participa activamente en la evaluación real del desorden***. (Ver Figura B-10, Apéndice B).

Según la evidencia actual, aparentemente todos estos cambios se deben a anomalidades en la secuencia de sucesos hormonales que controlan la ovulación. Hay irregularidades en la producción de progesterona y estrógeno y muy probablemente de FSH y LH. Además existe la probabilidad de que un número importante de receptores hormonales funcionen anormalmente, particularmente los receptores de estrógeno y progesterona.

Un ciclo de moco ***limitado*** en cantidad y duración, sugiere una situación de mayor riesgo de ***infertilidad, aborto espontáneo y embarazos ectópicos***. De hecho, al observar un ciclo de moco limitado, se puede identificar el riesgo y reducir la oportunidad de que esto ocurra, con el manejo médico adecuado.

El ***sangrado premenstrual*** (tres días o más de sangrado café/marrón ligero o muy ligero antes de la menstruación), sugiere fuertemente que hay niveles muy bajos de progesterona durante la fase post-ovulatoria del ciclo.

El ***sangrado café/marrón al final*** de la menstruación también es resultado de una descamación irregular del recubrimiento del útero y se debe a bajos niveles de progesterona en el ciclo previo.

Una fase post-Pico muy corta (ocho días o menos) sugiere que la fase post-ovulatoria no es adecuada para soportar el embarazo.

La fase post-Pico que se prolonga 17 días o más, sugiere que la mujer experimenta el Síndrome del Folículo Luteinizado no roto, lo que significa que ese ciclo es anovulatorio.

Cuando se empiezan a comprender las distintas dimensiones de los ***ciclos de moco anormales, el sangrado premenstrual, las fases post-Pico prolongadas o cortas***, etc., se puede entender mejor como se relacionan con el problema de infertilidad. Usualmente, la graficación sugiere una anormalidad hormonal o un problema con la ovulación. Empero, a menudo bajo estas condiciones, subyacen otras como ***endometriosis o adherencias pélvicas.***

El tratamiento de varios desórdenes reproductivos depende de la capacidad para ***actuar cooperativamente*** con los ciclos de ovulación. La **NaProTECHNOLOGY®** reconoce que el cuerpo humano es mucho más eficiente en orquestar la ovulación y sostener el embarazo de lo que como médicos podemos construir artificialmente. Los programas de tratamiento están diseñados para cooperar con la función ya existente, reconociendo que pueden existir anormalidades y tratando de mejorar tal función en el momento oportuno del ciclo. La graficación estandarizada del **CrMS** es la llave para acceder a esta capacidad.

• SANGRADO INUSUAL

El sangrado inusual es que ***la mujer*** percibe como ***diferente*** del flujo menstrual normal (ordinario). ***Un flujo menstrual real*** sigue a un evento ovulatorio y es muy característico.

Un evento ovulatorio puede ser realmente una ovulación o un evento que ***imita*** a la ovulación. Cualquier situación en la que se forma un cuerpo lúteo y se produce progesterona de fase lútea será seguida por la descamación característica del recubrimiento del útero que es llamada menstruación. La menstruación es una experiencia muy característica y se puede definir como "usual" o "insusual".

El sangrado menstrual sigue un patrón característico que comienza con un sangrado ligero, después se convierte en un sangrado más abundante y al final el sangrado disminuye. A esto se denomina ***sangrado creciente-decreciente*** .

El **Profesional de Fertility*Care*™** tiene la capacidad de ayudar a la mujer con la interpretación de sus episodios de sangrado y le podrá orientar a obtener una ayuda médica adecuada.

• FECHA DE INICIO DEL EMBARAZO

A pesar de toda la tecnología disponible, uno de los enigmas en la obstetricia moderna es determinar la fecha del inicio del embarazo. La forma tradicional de establecer el inicio del embarazo es contar a partir del primer día del último período menstrual. Esto será aproximadamente dos semanas antes de la fecha real del embarazo.

El tiempo de embarazo puede medirse de dos maneras. La más común es considerando la edad gestacional desde el primer día del último período menstrual. Con este cálculo el embarazo en promedio dura 40 semanas, en lugar de las ***38 semanas reales***. En otras palabras, se calcula que el embarazo dura en promedio dos semanas más de lo que realmente dura.

La otra forma de establecer las fechas del embarazo es medir la ***edad fetal***. La edad fetal del embarazo se cuenta desde el momento de la concepción o el momento estimado de la concepción. Cuando se mide el embarazo en esta forma su duración es de 38 semanas o dos semanas más corto que si se mide edad gestacional. La edad fetal, por supuesto, es la ***edad real***, o la fecha real del embarazo.

Históricamente los médicos se enfocaron en el primer día del último período menstrual por dos razones. En primer lugar, el flujo menstrual es un síntoma lo suficientemente notorio como para que la mujer lo recuerde. Además, es fácil enseñarle a registrar el primer día del último período menstrual para que esté disponible cuando el médico le pregunte.

Sin embargo, los médicos y muchas mujeres han perdido de vista que el flujo de moco cervical es un flujo, del mismo modo que el flujo menstrual. Cuando se lleva seguimiento o **NaProTRACKING™** del **CREIGHTON MODEL System**, se puede establecer con exactitud la fecha del embarazo ya sea desde el momento real o estimado de la concepción. Por lo tanto, podemos establecer la fecha del embarazo según ***la fecha real***, o en términos de edad fetal. Esto puede medirse al evaluar las relaciones íntimas genitales que ocurrieron dentro del tiempo de fertilidad para establecer el momento estimado de la concepción. El **Profesional de Fertility*Care*™** tiene la experiencia para asistir en este tema.

Ciertamente, el ***flujo de moco cervical*** no es una idea de "alta tecnología". No obstante, es un ***biomarcador increíblemente bueno***. Todos los posibles interesados necesitan reconocer la precisión de este sistema de bioanálisis y la ***facilidad*** con la que esta información se obtiene para incorporar sus beneficios en la práctica obstétrica.

• SOPORTE DE PROGESTERONA DURANTE EL EMBARAZO

Al entender mejor los sucesos que conducen al inicio del embarazo, puede reconocerse que lo que ocurre alrededor del momento de la ovulación y en los días que le siguen tiene un impacto importante en el desarrollo y crecimiento del embarazo. Así se reconoce la necesidad de usar progesterona en esos embarazos en los que la producción de ésta es baja durante la fase postovulatoria inmediata al ciclo menstrual.

Se ha estudiado por varios años la producción de progesterona durante el embarazo (Figura 9.3) y se ha encontrado que el ***soporte de progesterona en el embarazo*** puede ser útil en aquellas pacientes con historia de ***infertilidad, abortos espontáneos, o embarazos ectópicos***. También son candidatas a evaluación de la progesterona y en consecuencia a recibir progesterona suplementaria, las mujeres que han tenido ***ruptura prematura de placenta, nacimiento de feto muerto, hipertensión inducida por el embarazo, partos prematuros, ruptura prematura de membranas, retraso previo o actual en el desarrollo intrauterino, hiperirritabilidad del útero, amenaza de parto prematuro, anomalía congénita uterina o pacientes con cerclaje cervical*** .

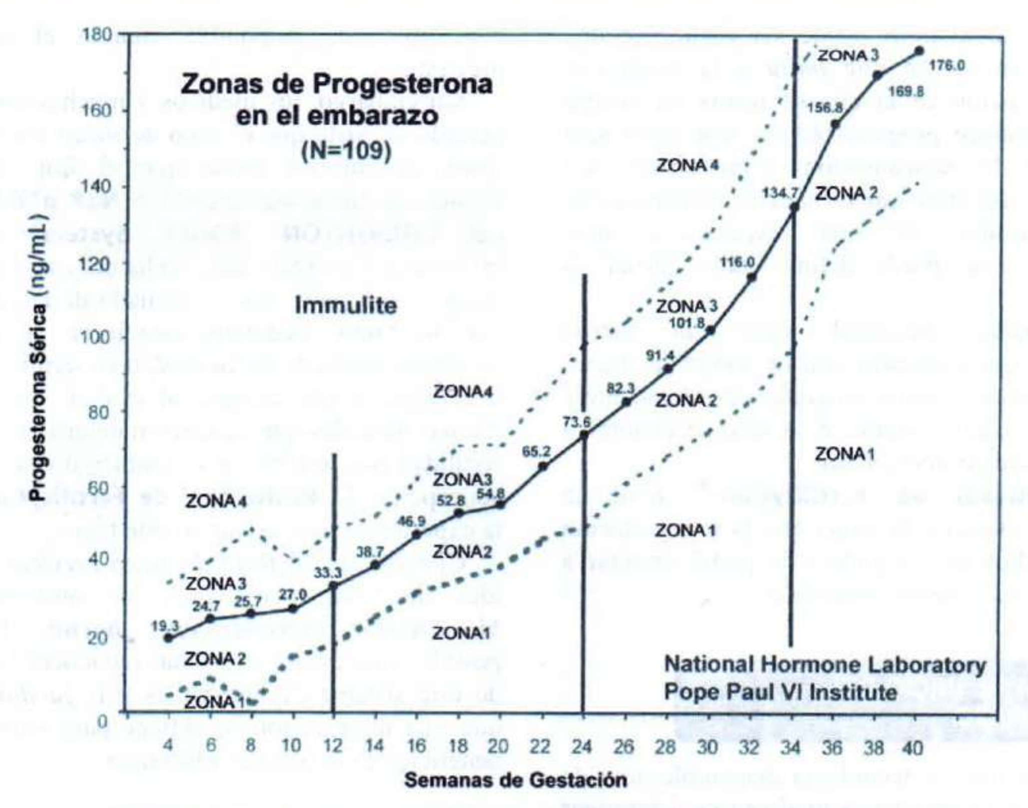


FIGURA 9.3: Zonas de producción de Progesterona en el Embarazo.

Las medidas de soporte del embarazo que sean seguras y efectivas, constituyen un componente natural de la **NaProTECHNOLOGY®**. Para el soporte de progesterona, sólo debe usarse progesterona natural. Si bien es cierto que el apoyo con progesterona no es "cura milagrosa" para los problemas enlistados, si puede ser un componente de ayuda en los siguientes embarazos. En la actualidad se sigue investigando sobre este tema y los resultados pronto estarán disponibles.

• EL FUTURO

El constante estudio de la **NaProTECHNOLOGY®** nos hace vislumbrar un futuro brillante y atractivo. El progreso que se logre dependerá en gran medida de la profundidad de nuestra disposición y la amplitud de nuestra visión.

En la actualidad tenemos la capacidad para identificar mujeres que presentan descargas continuas con mayor rapidez que en el pasado. Con esto, se pueden identificar anormalidades del cérvix y del endometrio. Con patrones de sangrado inusual, podremos detectar mujeres con cáncer en el endometrio en las fases más tempranas. Al aprender más y más como reconocer y tratar las diversas causas de sangrado anormal, podremos realmente reducir el número de histerectomías que se realizan. Teóricamente, es posible identificar algunas mujeres que podrían correr el riesgo de padecer ***cáncer de mama***. Se necesita investigar más en esta área.

Conforme aprendemos cómo reconocer y tratar los diversos quistes ováricos, especialmente los funcionales, lograremos impactar significativamente el número de cirugías inapropiadas; cirugías que además dejan huella por la formación de adherencias pélvicas y cicatrices con su efecto potencialmente devastador sobre la futura fertilidad.

Gracias a la capacidad para identificar el inicio del embarazo con la estimación precisa del momento de la concepción, en vez de confiar en la vieja técnica de contar desde el primer día del último período menstrual, podremos disminuir algunas formas de interferencia obstétrica.

Se podrá eliminar la controversia entre el hecho real de las mujeres que sufren de SPM y las dudas con respecto a su existencia y tratamiento y con eso, podremos proporcionar un programa de tratamiento efectivo y reproducible para estas mujeres.

Mientras más reconozcamos lo que el **CrMS** puede hacer por pacientes con desórdenes reproductivos, se

podrá proporcionar una mejor asesoría de la que en la actualidad se da. Por ejemplo, podremos reconocer a personas que tienen un alto riesgo de infertilidad, aborto o embarazos ectópicos aún antes de que experimenten esos problemas. Si pudiéramos hacer esto, entonces nuestros consejos para esas personas cambiarían. Estas parejas podrían comenzar a probar su fertilidad antes de lo que planeaban hacerlo. Es evidente que si hay un problema, mientras más pronto se identifique y se trate, mayor probabilidad de tener éxito en resolverlo.

El único requisito para lograr que esta ecuación funcione es ***buena educación*** en la aplicación práctica para el ***mantenimiento de la salud de la mujer***. Es necesario que las mujeres perciban que la simple observación y graficación del **CrMS** son esenciales tanto para una planeación familiar buena y saludable, como para mantener un ***buen registro ginecológico***. Necesitan reconocer que **CrMS** y **NaProTECHNOLOGY®** les ***da poder*** para estar en control de su salud reproductiva. El **Profesional de Fertility***Care*™ ***ayuda a lograr esta meta***.



CAPITULO 10

INTERPRETACIÓN DE LOS BIOMARCADORES DE SALUD Y FERTILIDAD DE LA MUJER

Con el **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System**, las mujeres tienen, como nunca antes, la capacidad de **custodiar su propia salud ginecológica** al mismo tiempo que conocen y entienden su fertilidad. La información que **CREIGHTON MODEL System** da a la mujer sobre su ciclo menstrual y de fertilidad es extraordinaria. Si bien es un sistema que implica el esfuerzo de graficar los ciclos menstruales y de fertilidad a lo largo de toda la vida reproductiva, el esfuerzo es por el bien individual de la mujer. La mujer realmente se ocupa de entender y tomar el control de su propia salud y fertilidad al observar los biomarcadores asociados al uso del **CREIGHTON MODEL System** .

Este capítulo se ha diseñado para dar una rápida visión de las bases de interpretación de algunos de los biomarcadores que la mujer podría observar y que pueden considerarse normales o anormales. Esta información se basa en más de **25 años de investigación** en el entendimiento específico de estos biomarcadores. Este capítulo es una especie de **guía de referencia** para la usuaria del **CREIGHTON MODEL System** de modo que pueda entender por si misma algunas de las observaciones que realiza. Al entender mejor lo que observa, estará más motivada para seguir observando y registrando en su gráfica con precisión.

Todo lo que se presenta en este capítulo ha sido ***investigado y documentado con esmero***. La explicación exhaustiva de esos biomarcadores junto con sus fundamentos científicos y médicos se ha publicado en el texto médico titulado ***La Práctica Médica y Quirúrgica de* NaProTECHNOLOGY®**.[1] Este libro, dirigido principalmente a médicos, también es una referencia para usuarios y para el equipo educacional del **CREIGHTON MODEL**. Si se presenta alguna de las situaciones referidas en esta guía y persisten las preguntas relacionadas con ello, no debe dudarse en contactar con el **Profesional** de **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™** para examinarlo más a fondo.

GUÍA DE REFERENCIA

Los siguientes temas se presentan ordenados por categorías generales y se identifican de acuerdo a las observaciones realizadas. Se proporciona una explicación de lo que se está observando y el significado médico y de salud. (Ver varios ejemplos en el Apéndice B).

[1] El título original del texto es ***The Medical & Surgical Practice of* NaProTECHNOLOGY®**.

I. SALUD GINECOLÓGICA

SANGRADO AL INICIO DE LA FORMACIÓN DEL MOCO:

Algunas veces puede ocurrir un sangrado entre los períodos menstruales. Si se observa al inicio de la **formación del moco** puede sospecharse de un **pólipo endometrial.** En estos casos se indica una histeroscopia de diagnóstico (una cámara endoscópica se introduce dentro de la cavidad del útero). Se puede requerir un procedimiento de raspado del recubrimiento del útero llamado Dilatación y Legrado[2]. En algunos casos raros puede ser un síntoma de un posible cáncer desarrollándose en la cavidad uterina.

CICLO DE MOCO LIMITADO:

Un **ciclo de moco limitado** es aquel en el que se produce y observa una cantidad disminuida del moco. Esto se presenta en condiciones relacionadas con infertilidad, **aborto espontáneo o pérdida y embarazo ectópico**. También puede observarse en otras condiciones hormonales que pueden tener varios síntomas. Puede relacionarse por ejemplo con síndrome premenstrual, sangrados anormales, etc.

Este ciclo de moco limitado se debe a una **disminución en la producción de estrógeno** alrededor del tiempo de ovulación o puede deberse a la disminución en la producción de **receptores de estrógeno** que deben localizarse en el cérvix. En cualquier caso, es resultado de una disfunción hormonal y se asocia con patrones de ovulación anormales.

SANGRADO CAFÉ/MARRÓN AL FINAL DE LA MENSTRUACIÓN:

El sangrado café/marrón o negro al final de la menstruación es un sangrado que dura al menos dos días y que puede ser tanto café/marrón como negro. Esto se debe a una disfunción hormonal asociada comúnmente con un descenso en la producción de progesterona en el ciclo precedente al período menstrual en el que se realiza la observación. Este tipo de sangrado suele ser recurrente.

Además de asociarse con la disfunción hormonal ya mencionada, puede relacionarse con **adenomiosis** (una forma de endometriosis que se infiltra en la musculatura del útero) o con **hiperplasia adenomatosa** (condición pre-cancerosa en el recubrimiento del útero). En estos casos, el sangrado café/marrón al final del período puede durar varios días.

SANGRADO PREMENSTRUAL:

El sangrado premenstrual es un sangrado ligero, muy ligero o café/marrón (incluso solo manchas o goteo) que dura tres o más días antes del inicio de la menstruación. Este tipo de sangrado se debe al rompimiento **prematuro de capilares en el recubrimiento del útero**. También lo causa una **disminución en la producción de progesterona**. En las mujeres con sangrado premenstrual es mayor la incidencia de **infertilidad o aborto espontáneo**. Más aún, las mujeres con sangrado premenstrual a menudo tienen Síndrome premenstrual.

FASE POST-PICO DE DURACIÓN VARIABLE:

La duración de la fase post-Pico de una mujer en particular, no varía más de dos a tres días entre cada ciclo. Una variación en la duración de la fase post-Pico de cuatro días o más, indica que hay una **inestabilidad en la producción de progesterona después de la ovulación**. En tal situación, se incrementan los **riesgos de anormalidades en la ovulación y de aborto espontáneo** si ocurre el embarazo. Se pueden implementar tratamientos que estabilicen la fase post-Pico y mejoren las oportunidades de un embarazo exitoso. Sin embargo, esto debe hacerse antes de lograr el embarazo.

[2] D&C: Dilatación o Curetaje, Raspado o Legrado (N.del T.)

FASE POST-PICO CORTA:

La fase post-Pico se considera corta **si dura ocho o menos días**. Si la fase post-Pico es corta, significa que la cantidad de progesterona producida tras la ovulación no es adecuada. En esos casos, se incrementa significativamente el riesgo de aborto espontáneo si la mujer se embaraza. Hay tratamientos que pueden iniciarse antes de que se intente lograr el embarazo (pre-concepcionales) que pueden prevenir las pérdidas.

FASE POST-PICO LARGA:

Una fase post-Pico larga es aquella que **dura 17 días o más.** Pueden observarse fases post-Pico largas en mujeres que entran en **edad pre-menopáusica**, en **mujeres jóvenes** en los primeros dos años tras la primera menstruación y en mujeres que presentan varias formas de **infertilidad**. Las causas de una fase post-Pico larga pueden ser: **Síndrome del Folículo Luteinizado no Roto** en el que el folículo crece y se desarrolla para el momento de la ovulación pero no ocurre la ruptura del folículo y se forma un quiste que usualmente crece en tamaño durante lo que resta del ciclo; **ovulación múltiple** que puede provocar una cantidad aumentada en la progesterona y la prolongación de la fase post-Pico; **identificación errónea del Día Pico** en la que la fase post-Pico se considera larga por equivocación. Finalmente, si la fase post-Pico lleva 17 días o más, puede pensarse en la posibilidad de estar **embarazada** y puede indicarse una prueba de embarazo.

CICLOS LARGOS:

Si la **duración del ciclo es mayor a 38 días**, la causa más común es una condición llamada **Síndrome de Ovario Poliquísitico** en la que crecen y se desarrollan múltiples folículos dentro del ovario. En tal situación, se trastorna la ocurrencia regular de la ovulación y los ciclos se vuelven más largos. Además son más comunes los problemas reproductivos como la infertilidad, así como el cáncer uterino y de pecho.

Si los ciclos duran entre 32 y 38 días pueden considerarse algo extendidos. Hay ya alguna evidencia de que en realidad esto puede representar una variación del síndrome de ovario poliquístico. La investigación está en proceso.

CICLO DE MOCO LARGO:

El ciclo de moco se considera largo si **dura más de ocho días**. Cuando los ciclos de moco son largos, especialmente si son con moco tipo Pico, entonces puede deberse a **estrés crónico o agudo**. En algunas circunstancias, puede también deberse a **deficiencia hormonal**. Una evaluación más profunda puede ayudar a rectificar esta situación.

RETRASO EN EL DÍA PICO:

El día pico se asocia con el momento de la ovulación. Si el día pico ocurre tarde en el ciclo (se considera tarde el día 18 o posterior), puede asociarse con retraso de la ovulación inducido por estrés, o con una variación en el síndrome de ovario poliquístico. No se han asociado anormalidades reproductivas reales con retrasos en el Día Pico, aunque está en proceso una evaluación más profunda en este sentido.

PERÍODO MENSTRUAL ABUNDANTE:

Los períodos menstruales abundantes son días de sangrado en los que la mujer necesita cambiar su protección **al menos cada dos horas**. Los sangrados menstruales abundantes casi siempre indican la existencia de algún problema orgánico, como tumores fibroides del útero o adenomiosis. Hay otras condiciones que pueden originarlo y que pudieran ser más graves. Es importante consultar al médico en esta situación.

PERÍODO MENSTRUAL LIGERO:

Un período menstrual ligero es aquel en el que no se presenta ningún día de sangrado abundante o pesado. El sangrado es ligero a muy ligero durante todo el sangrado menstrual o hay solo uno o dos días de

sangrado moderado. En situaciones como esta, el periodo menstrual generalmente es precedido por un ciclo de moco limitado también. Los períodos menstruales ligeros pueden estar relacionados con disfunción hormonal.

FASE PRE-PICO LARGA:

Una fase pre-Pico larga (del primer día de la menstruación al día Pico) se asocia con un retraso en la ovulación. Algunas veces se asocial también a un ciclo de moco largo. Tales condiciones ocurren en el caso de estrés o en condiciones de Síndrome de Ovario Poliquístico.

CICLO SECO:

En raras ocasiones, mujeres de fertilidad normal tienen ciclos completamente secos. Esta situación es mucho más común en mujeres con **infertilidad** (cerca del 11% de los ciclos). A menudo tales casos revelan algún tipo de desorden en la ovulación subyacente, y el ciclo seco se debe a una producción muy baja de estrógeno antes de la ovulación y una estimulación inadecuada del cérvix. Si la mujer ha tenido biopsias de cono cervical, o algún otro tratamiento quirúrgico del cérvix, pueden haber removido las criptas cervicales y los **ciclos secos pueden ser resultado de la ausencia de las criptas**.

MOCO TIPO NO PICO EN FASE POST-PICO:

En algunos ciclos, puede haber una continua descarga de moco. La mayoría de las veces se presenta como un flujo pastoso, nublado y es debido a descarga vaginal y no es técnicamente moco cervical. Si es un flujo de moco cervical, generalmente representa una **inflamación del cérvix**. Estas inflamaciones son comunes después del parto y del uso de píldoras de control natal. El médico puede administrar un tratamiento relativamente simple que sane al cérvix y elimine este flujo adicional.

MOCO TIPO PICO EN FASE POST-PICO:

Ocasionalmente, la mujer puede observar un flujo de moco tipo Pico en fase post-Pico. Esto también puede deberse a una inflamación del cérvix y puede tratarse. Sin embargo, en ocasiones se observa en mujeres cuyo cérvix aparenta ser totalmente normal. En situaciones como esta, se puede pensar que el flujo provenga del recubrimiento del útero. Sin embargo, no hay pruebas definitivas de esta situación. El **Profesional** de **CREIGHTON MODEL** tiene la capacidad de ayudar a manejar tales ciclos con el uso de estampas amarillas.

OBSERVACIONES "2W" FRECUENTES:

Si es frecuente que la mujer observe "2W" (húmedo sin lubricación) a lo largo del ciclo menstrual, es indicativo de una **infección en el cérvix**. El organismo que origina esta infección puede variar. Una posible causa es Beta-Estreptococo Grupo B. Resulta de utilidad un cultivo del cérvix y el uso de antibióticos adecuados. Es de particular importancia en caso de embarazo pues el Beta-Estreptococo Grupo B puede ser dañino para el bebé.

II. FERTILIDAD

RETORNO VARIABLE DEL MOCO TIPO PICO:

Es una condición en la que el moco tipo Pico va y vuelve varias veces antes de la menstruación. Se observa comúnmente en condiciones **anovulatorias** o de **ovulación infrecuente** tales como lactancia o al **dejar las pastillas de control natal,** u **otras condiciones anovulatorias**. Se origina en el intento del cuerpo por ovular y el moco va y viene como resultado de niveles crecientes y decrecientes de estrógeno. **No debe considerarse algo anormal sino una variación fisiológica normal.**

FASE PRE-PICO CORTA:

Si la fase pre-Pico es corta (10 días o menos) puede significar que la **ovulación es temprana en el ciclo**. Se observa más

comúnmente en mujeres que se aproximan a la menopausia. En situaciones como ésta, es particularmente importante estar pendiente del moco durante el curso de la menstruación para no perder el moco fértil.

CICLO DE MOCO:

El ciclo de moco, es una situación normal durante el ciclo menstrual. Muchas mujeres pueden pasar su vida entera sin que sepan que es ese flujo a la mitad de su ciclo. En algunos casos, consultan al médico porque lo creen anormal. Desafortunadamente, algunos médicos lo han tratado como si fuera algo anormal.

Este ciclo de moco se debe a los niveles crecientes de estrógeno que preceden al real suceso ovulatorio. Cuando la hormona estrógeno estimula al cérvix, éste produce moco que luego sale a la abertura de la vagina donde la mujer puede observarlo fácilmente. Por su importancia en la supervivencia y en la penetración del esperma, este moco es el que en realidad determina el momento de fertilidad del ciclo menstrual.

DÍA PICO:

El día Pico es la el signo específico más estudiado de cualquier método de regulación natural de la fertilidad humana. El día Pico se asocia con la ovulación y se ha analizado con estudios de correlación hormonal y con la observación real con ultrasonido de la ovulación. Se ha mostrado que la ovulación ocurre en los dos días anteriores o posteriores al día Pico en el 95% de los ciclos menstruales.

DÍAS SECOS PRE-PICO:

En un ciclo menstrual normal, hay una serie de días secos que preceden el inicio del ciclo de moco. Estos días secos son resultado de que el cérvix no está produciendo mucho moco cervical y que el tipo del moco que produce es inadecuado para fluir hacia fuera de la vagina, por lo que se observa sequedad. El moco a nivel del cérvix es impenetrable para los espermatozoides y por tanto estos días se consideran infértiles. Estos días son secos porque no ha empezado aún el proceso de ovulación.

DÍAS SECOS POST-PICO:

Los días secos en fase post-Pico son días en los que la cantidad de moco producido es insuficiente para salir a la abertura de la vagina. Estos días determinan la infertilidad del ciclo cuando ha pasado la ovulación. La pobre producción de moco durante esta parte del ciclo se debe a la producción de progesterona, la hormona post-ovulatoria dominante. La progesterona inhibe los efectos del estrógeno y bloquea la producción del moco que se observa en el ciclo de moco que precede al día Pico.

Esta **guía de referencia** ofrece algunas ideas sobre la interpretación de los diversos biomarcadores que pueden observarse en el curso de un ciclo en cada mujer en particular. Si se tiene cualquiera de ellos, puede ser importante para la salud o la fertilidad.

Habrá más información sobre todo esto conforme se realice más investigación. El texto médico que se ha mencionado, ***Práctica Médica y Quirúrgica de*** **NaProTECHNOLOGY®** da una explicación con mucho mayor detalle. El **Profesional** de **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™** es una excelente asistencia para estos temas y existen médicos entrenados en **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™** que tienen conocimiento para trabajar con dichos signos y síntomas y para relacionarlos con estados de salud o de enfermedad. Debe consultarse al médico en cualquiera de estas condiciones.



CAPITULO 11

EFECTIVIDAD DEL CREIGHTON MODEL *FertilityCare*™ System

El **CREIGHTON MODEL *FertilityCare*™ System** es un método ***altamente confiable*** de planificación familiar. No es un método de anticoncepción y puede usarse ya sea para ***lograr o para evitar el embarazo***, y por ello la medida estadística de su efectividad debe tener este hecho en cuenta. El usuario nuevo del **CrMS** debe considerar por lo menos tres medidas estadísticas básicas: la efectividad del método para lograr y para evitar el embarazo en parejas con fertilidad normal y la efectividad del método para lograr el embarazo en parejas con infertilidad.

Se han realizado **cinco estudios importantes de efectividad** del **CREIGHTON MODEL System** durante los últimos años. En estos estudios, la ***efectividad del método*** (como medio para evitar el embarazo) ha fluctuado de **98.7 a 99.9 por ciento** (ver Tabla 11-1). Si se toma el error de enseñanza, uso y/o error humano, la ***efectividad de uso*** (para evitar el embarazo) fluctuó de **94.6 a 97.9 por ciento**. Estas dos calificaciones de efectividad son iguales o mejores que, las píldoras de control de la natalidad u otras drogas y artefactos.

Muchas parejas eligen utilizar el **CREIGHTON MODEL System** para lograr el embarazo. De cada 100 parejas que ingresan en el programa para usar el método para evitar el embarazo, cierto número cambiará y adoptará el método para lograrlo y tendrán éxito durante los primeros doce meses de uso. Esta cifra varía más que las efectividades de uso y de método para evitar el embarazo y por tanto se refleja en los estudios de evaluación. Así, ***la efectividad de uso para lograr embarazo*** (la tasa de embarazo logrado por comportamiento dirigido al logro) fluctuó de 14.2 a 28.0 por ciento (ver Tabla 11-2). Básicamente, puede esperarse que una de cada cinco parejas use el método como medio para lograr el embarazo durante el primer año de uso y que cada cuatro de cinco embarazos que se den en usuarios del método, sean el resultado de su ***uso exitoso***.

La ***efectividad del método para lograr el embarazo*** es más alta que esto pero, se cuantifica en forma diferente también. Este tipo de efectividad se determina evaluando parejas de fertilidad normal cuando usan el tiempo de fertilidad en ***un determinado ciclo menstrual***. Un estudio publicado recientemente demuestra que es ***muy probable*** que se logren embarazos en el ***primer ciclo*** en que se use el tiempo de fertilidad. Sin duda, **76.0 por ciento de las parejas** lograron el embarazo durante el primer ciclo en que se usó el tiempo de fertilidad. Es debido a esta experiencia que decimos que no existe tal cosa como "jugársela" cuando se usa el método.

Para parejas con infertilidad, la tasa global de embarazo es de aproximadamente 20 a 40 por ciento durante los primeros seis meses en los que se utiliza consistentemente el tiempo de fertilidad. Esta cifra variará dependiendo del tipo de patrón de moco cervical exhibido. Una vez más debe señalarse que con una adecuada **asesoría médica y tratamiento, esta cifra puede incrementarse significativamente.**

La información surge de cinco estudios realizados en la Universidad de Creighton en Omaha, Nebraska,

el St. John's Mercy Medical Center de St. Louis, Missouri; el Hospital St. Francis Hospital de Wichita, Kansas el St. Joseph Hospital en Houston, Texas y la la escuela de enfermería de la Universidad Marquette de Milwaukee, Wisconsin. En conjunto se involucraron 1876 parejas y su uso del método durante 17,000 meses en conjunto.

Tabla 11.1
La efectividad de uso y de método del CrMS para evitar el embarazo, por centro: Resultado combinado de los Cinco estudios y por mes de uso[1]

Parametro	Creighton University	St. John's Mercy Hospital	St. Francis Hospital	St. Joseph Hospital	Marquete Nursing Center	Resultado Combinado de los Cinco Estudios
No. De parejas	286	273	378	697	242	1876
meses	2224.0	1980.0	2471.0	7084.5	1819.5	17130.0
Efectividad del método						
Mes Ordinal						
1	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
6	99.6	99.6	99.4	100	99.6	99.8
12	99.6	99.6	99.1	99.8	98.7	99.5
18	N/A	N/A	N/A	99.8	N/A	99.5
Efectividad de Uso						
Mes Ordinal						
1	100	99.6	99.7	100	100	99.9
6	95.8	96.4	97.3	98.4	98.7	97.9
12	94.6	95.1	96.2	97.2	97.9	96.8
18	N/A	N/A	N/A	97.1	N/A	96.4

1. Hilgers, T.W. and Stanford, J.: "The Use Effectiveness to Avoid Pregnancy of Creighton Model NaProEducation Technology: Meta-Analysis of Prospective Studies" J. Repro. Med 43: 495-502, June, 1998

Table 11.2
Tasa de Embarazo con Comportamiento Dirigido al Logro del Mismo
Creighton Model Ferdlity*Care*™ System
por Centro, resultado combinado y por meses ordinales de uso
(Por 100 parejas)

Mes Ordinal	Creighton University	St. John's Mercy Hospital	St. Francis Hospital	St. Joseph Hospital	Marquete Nursing Center	Resultado Combinado de los Cinco Estudios
1	2.1	1.8	5.3	0.7	1.2	2.1
6	10.5	13.6	19.9	7.9	14.0	12.8
12	19.1*	23.7+	28**	14.2	24.8***	21.0
18	N/A	N/A	N/A	17.9++	N/A	25.6+++
N/A= No Aplica	*2224.01 meses de uso-pareja	+1980 meses de uso-pareja	**2471 meses de uso-pareja	++7084.5 meses de uso-pareja	***1819.5 meses de uso-pareja	+++un total de 17130 meses de uso-pareja

2. In Press



SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

El **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System** debe considerarse como un ***método permanente*** de planificación familiar y monitorización del cuidado de la salud. Puede usarse a través de toda la vida reproductiva de la mujer, desde el principio del matrimonio a través de los muchos años en los que será necesario lograr o evitar el embarazo. Al utilizar el método, se debe estar consciente de que habrá momentos en los que será necesario ponerse en contacto con el **Profesional de Fertility*Care*™** o con el **Fertility*Care*™ Center** para obtener instrucciones adicionales. El profesional y su centro están capacitados para brindar el tipo de instrucción, orientación y apoyo que se necesitará durante todo este período. En último término, es **responsabilidad de la pareja** mantener este contacto. Sin embargo, los programas de **Fertility*Care*™** están estructurados de tal forma que pueden llenar todas estas necesidades.

Este capítulo señala varias razones por las que puede ser necesario ponerse en contacto con el **Fertility*Care*™ Center** y también se mencionan las razones por las que es importante continuar graficando con **NaProTRACKING™** durante toda la vida reproductiva y las razones por las que es importante asistir a seguimiento.

RAZONES PARA PONERSE EN CONTACTO CON EL PROFESIONAL DE Fertility*Care*™

Las parejas que utilizan **CrMS** deben conocer las situaciones en las que deben contactar al **Profesional o al centro** de **Fertility*Care*™** entre las que están:

1. Cuando sea necesario hacer una cita u obtener una nueva gráfica, libro o un paquete de estampas.
2. Cuando **cambia la categoría reproductiva**, las instrucciones pueden ser diferentes para situaciones reproductivas diferentes.
3. En el momento en que se tenga cualquier pregunta relacionada con el método o cuando necesite actualizarse.
4. Si hay un embarazo. Con ***cada embarazo*** la pareja deberá someterse a una ***evaluación de embarazo***. Esta evaluación ayudará a establecer las circunstancias del embarazo y la fecha de la concepción, dato que será importante tener proporcionarlo al médico.
5. Cualquier cambio de intención. El Profesional puede ayudar a aclarar dudas al respecto.
6. Cualquier pregunta que se pudiera tener relativa al campo general de salud reproductiva o femenina.
7. El **Fertility*Care*™ Center** es un lugar excelente para llamar si se está buscando orientación con respecto a alguien que brinde asesoría médica o espiritual, o alguna forma de apoyo.

8. Si se necesita un **conferencista** .

La evaluación del embarazo puede ser, en muchos casos, ***el mejor medio* para conocer la fecha del embarazo**. Desde el punto de vista obstétrico, esto es muy útil. Al mismo tiempo, a través de una evaluación de embarazo, la pareja se sentirá reforzada en el buen uso del método o si el embarazo ocurrió sin una explicación adecuada, puede ayudar a aclarar estas circunstancias. Además, la evaluación del embarazo pone de manifiesto el apoyo para la pareja durante el curso del embarazo.

Finalmente, el uso a largo plazo de **CrMS** hará necesario que se brinde un apoyo y motivación a las parejas en todos los aspectos de sus vidas.

RAZONES PARA SEGUIR GRAFICANDO

Una de las primeras preguntas que muchos hacen es **"¿Tenemos que graficar durante el resto de nuestras vidas?"** y la respuesta muy sencilla es **"sí"**. Hay varias razones por las que es tan importante graficar:

1. Es vital para el **uso exitoso** del método.
2. La gráfica es **un excelente registro de salud** . Permite señalar la fecha precisa de un embarazo y también la identificación temprana de algunas de condiciones de enfermedad ginecológica.
3. El registro continuo **aumentará** la confianza en el uso del sistema a ambos esposos.
4. Tener a la mano la gráfica ayuda a la pareja a realizar ***conjuntamente*** la toma de decisiones.
5. Tener a la mano la gráfica da al esposo la oportunidad de participar más plenamente en el proceso de toma de decisiones.
6. Graficar ha de considerarse una tarea fácil. De tal forma, siendo realistas, es una contribución relativamente menor para el uso exitoso del método.

RAZONES PARA ASISTIR A UNA CITA DE SEGUIMIENTO

Todas las parejas que utilizan el método deben saber que el seguimiento es importante para el uso exitoso del **CREIGHTON MODEL System**. Las razones son:

1. Es útil tener un **repaso periódico** de la gráfica, las observaciones y las instrucciones para no volverse negligente en el uso del método.
2. El **Profesional** de **Fertility*Care*™** es fuente importante de apoyo y motivación lo que contribuye mucho en la utilización del **CREIGHTON MODEL System** .
3. El seguimiento a largo plazo es una excelente forma de estar al día. Solamente en esta forma se puede brindar la información más reciente y los avances del **CrMS** .
4. Normalmente, a medida que usa el Método, se tendrán preguntas y durante el seguimiento se le darán las respuestas.
5. Al cambiar de categorías reproductivas durante el curso de la vida reproductiva, se requerirá de la asistencia del Profesional.



INSTRUCCIONES ESPECIALES

Las instrucciones del **CREIGHTON MODEL System** varían de una circunstancia a otra. En general, estas variaciones se usan solo temporalmente hasta que se establecen las instrucciones básicas del método. A las instrucciones para estas diversas situaciones se les conoce como ***instrucciones especiales del método***. En este apéndice se discuten varias de estas circunstancias distintas y se hace un bosquejo de las instrucciones especiales que conllevan, por lo que puede considerarse como una "referencia casera" pero debe tenerse presente que cuando se ingresa en una de estas circunstancias, se debe ver al **Profesional de Fertility*Care*™** para recibir una ***conducción a profundidad***.

La mayoría de los usuarios se interesarán particularmente en la circunstancia especial que les atañe; sin embargo, ***todos los usuarios*** del **CrMS** ***deben familiarizarse*** perfectamente con algunos de los puntos que se presentan en este capítulo y que incluyen la ***nota sobre las instrucciones en periodo pre-Pico, la instrucción sobre el fluido seminal, la instrucción sobre el fluido de excitación, ovulación temprana, "doble" Pico y Pico "dividido"***.

I. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

SOBRE LAS INSTRUCCIONES EN PERIODO PRE-PICO

Referirse al uso de las **instrucciones pre-Pico**, significa que la relación íntima genital se limitada al final de los **días infértiles** y que se recomiendan las instrucciones relativas tanto al moco tipo Pico como al moco tipo no Pico. Cuando no ha ocurrido el día Pico se está en periodo pre-Pico y si la pareja tiene la intención de evitar el embarazo, la relación íntima genital debe ocurrir solo en días secos infértiles y al final del día. Cualquier flujo que se observe se considera fértil y se siguen las instrucciones que se aplicarían a ese tipo de flujo.

SOBRE LOS "CICLOS NORMALES"

Un ciclo normal es aquél en el que la mujer ha identificado el día Pico y 8 a 16 días más tarde ha ocurrido un flujo menstrual normal.

• OVULACIoN TEMPRANA

La **ovulación puede ocurrir temprano en el ciclo menstrual** y si esto sucede, la aparición del moco también será más temprana. No es común pero se hace más frecuente cuando la mujer envejece y por lo tanto, es particularmente importante en grupo de pre-menopausia. Sin embargo, se considera una circunstancia especial con la que deben familiarizarse todas las parejas que aprenden el **CrMS**.

Es fácil manejar una ovulación temprana haciendo buenas observaciones de la presencia o ausencia de moco durante los días de sangrado ligero o muy ligero al final del flujo menstrual. Cuando se observe moco, debe valorarse por sus características (méritos) y seguir las instrucciones adecuadas (ver Ciclo D, Figura B-1 y Ciclo B, Figura B-8, en el Apéndice B).

• INSTRUCCIoN DEL FLUIDO SEMINAL

Después de la relación íntima genital fluirá líquido seminal. Este flujo comenzará inmediatamente después del coito pero puede continuar hasta por 72 horas. Con frecuencia este flujo se ve y se siente como Moco Tipo Pico. Como consecuencia la mujer puede sentir confusión al interpretar sus observaciones. Con el objeto de resolver este problema, se ha desarrollado la instrucción del fluido seminal (ver Figura B-3, Apéndice B).

• INSTRUCCIÓN DEL FLUIDO • SEMINAL (IFS)

1. **Orinar después de la relación íntima genital (dentro de la primera hora).**
2. **Pujar y hacer varios ejercicios de Kegel en forma alterna.**
3. **Limpiar hasta que desaparezca el fluido seminal.**
4. **Observar todo flujo después de la IFS de acuerdo a sus méritos.**

Si la mujer orina dentro de la primera hora después del coito, puja y hace varios ejercicios de Kegel (3 a 5) en forma alterna, y se limpia hasta que el líquido seminal desaparezca, por lo general no observará líquido seminal al día siguiente de la relación íntima genital. Cualquier cosa que se observe el día siguiente (o, técnicamente, cualquier cosa después de realizar esta instrucción) puede ser juzgada según se presente. Por ejemplo, si se observa moco tipo Pico, se registra como tal y se siguen las instrucciones adecuadas. Si el moco es tipo no Pico, lo mismo puede decirse. **El principio básico es no suponer que lo que se observa es fluido seminal**. Siempre se asume que es un flujo cervical y así puede considerarse para la administración de las instrucciones. Si no hay flujo, es una observación seca que puede usarse según corresponda.

El ejercicio de Kegel que se usa en esta instrucción es la contracción y relajación de los músculos que se encuentran en la abertura de la vagina. Estos músculos pueden ser detectados por la mujer usando los músculos que detienen e inician el flujo de la orina. Después de orinar, la mujer debe hacer cuatro o cinco de los ejercicios de Kegel y después pujar suavemente. Esto debe hacerse en forma alterna.

Esta instrucción deben utilizarla tanto parejas de fertilidad normal, como las de fertilidad anormal. La pareja con problema de infertilidad debe usar esta instrucción para que no exista confusión con respecto a las observaciones que marcan su fertilidad real. Por esto, es una instrucción muy importante para ellos. También se debe señalar que siempre que esta instrucción se use durante el tiempo de fertilidad, la pareja debe esperar 30 minutos antes de utilizarla. Esto asegura que los espermatozoides tengan una oportunidad adecuada de migrar a través del canal cervical a las trompas de Falopio en donde puede ocurrir la concepción.

Se señaló previamente que con el tiempo se evoluciona en la implementación de las instrucciones básicas del método. En cierta medida esto es posible por la aplicación de la instrucción del fluido seminal. Como una guía general se requieren tres a cinco relaciones íntimas genitales en las que se haya podido aplicar con éxito la instrucción del fluido seminal para recomendar el avance en las instrucciones del método.

• INSTRUCCIONES SOBRE EL FLUIDO DE EXCITACIoN

El fluido de excitación es un **fluido lubricante** que viene de las **glándulas de Bartolini,** que se localizan en la parte posterior de la apertura de la vagina. Este fluido se produce en respuesta a estimulación sexual ya sea física o mental y sirve para facilitar el coito. El fluido de excitación tiene características diferentes tanto del fluido seminal o como de la descarga de moco cervical. En primer lugar, tiene menos consistencia. Tiende a disiparse rápidamente y a desaparecer. Pierde su elasticidad rápidamente. Tiende a desaparecer una hora más o menos después de la estimulación. La siguiente instrucción está diseñada para manejar el fluido de excitación:

• INSTRUCCIONES ESPECIALES • PARA EL FLUJO DE EXCITACIÓN

1. **Si existe la seguridad de que se trata de fluido de excitación, puede ignorarse.**
2. **En caso de duda, considerarse fértil y observar según los propios méritos.**

Como regla general, el fluido de excitación presenta poca dificultad para las usuarias del **CrMS**. Es un fluido con características muy definidas y se

asocia con alguna forma de estimulación sexual. La certeza de que un flujo particular es fluido de excitación debe obtenerse mediante el diálogo entre el Profesional y el usuario en el momento de la sesión de seguimiento. Esto ayuda al usuario a desarrollar confianza en la observación del fluido de excitación. Siempre que haya duda, se observa el flujo con sus características y se considera en fertilidad para seguir las instrucciones apropiadas.

• "DOBLE" PICO

Un "doble" Pico se define como la ocurrencia de dos procesos de formación de moco tipo Pico en el mismo ciclo menstrual. Adicionalmente, en este caso hay un lapso **mayor a 4 días** entre la aparición del primer día Pico y la reanudación del moco tipo Pico .

El "doble" Pico ocurre principalmente en respuesta al estrés. Cuando una mujer está bajo estrés, especialmente durante el tiempo de la formación del moco cervical, el proceso de la ovulación puede detenerse temporalmente. Con esto, podría haber una formación del moco cervical hasta alcanzar el tipo Pico sin que ocurra una ovulación en ese momento. Más tarde, (por lo general varios días después) habrá una segunda formación de moco cervical para un "segundo" Pico. La ovulación ocurrirá en relación con este segundo Pico. La palabra "doble" está entre comillas porque en realidad hay sólo un verdadero Pico en el ciclo menstrual. Este Pico verdadero es el último día Pico en el ciclo (ver Figura B-7, Apéndice B).

Diversos tipos de estrés físico o emocional pueden causar Picos "dobles". No es posible hacer una lista completa, pero estos son algunos ejemplos: **enfermedad, actividad extenuante, cambio de empleo, cambio de casa, pérdida de un ser querido, decisiones importantes, vacaciones, visitas de parientes, viajes, bodas, exámenes, etc** . Es una situación que puede ocurrir a cualquier mujer y el "segundo" Pico ocurre por lo general después de que se acaba el estrés. En realidad, el "doble" Pico puede ser un mecanismo de protección que reduce la probabilidad de un embarazo en una situación de estrés.

El uso del **CrMS** ayuda a las parejas a estar más conscientes de las preocupaciones a las que están expuestas diariamente. En la sociedad actual esto es particularmente importante puesto que muchas personas están sometidos a un grado muy alto de estrés a menudo sin siquiera darse cuenta. Es muy importante que todas las parejas se den cuenta como anticipar un "doble" Pico. Los síntomas son:

1. **Estar viviendo un momento estresante o prever que este ocurrirá.**
2. **La formación del moco Pico o el día Pico parece inusual.**
3. **Han pasado 16 días o más post-Pico (periodo "omitido").**

Si la pareja se da cuenta de que vive estresada o que se aproximan días de estrés puede presuponer que podría ocurrir un "doble" Pico. Para hacer esto adecuadamente, se da la tarea al esposo de vigilar el estado de ánimo estresado de la esposa. Además, cuando la formación del moco o el día Pico parezcan inusuales, entonces puede anticiparse un "doble" Pico. Es tarea de la esposa vigilar la formación del moco tipo Pico o si el día Pico es inusual. Al tercer día después del día Pico la pareja deberá hacerse las siguientes preguntas (llamadas ***preguntas de "doble" Pico*** :)

1. **El esposo preguntará a su esposa "¿La formación del Pico o el día Pico ha sido inusual en alguna forma?"**
2. **La esposa preguntará a su esposo "¿He estado bajo cualquier estrés inusual en los diez días pasados?"**

Si la respuesta a cualquiera de estas dos preguntas es "Si", la pareja deberá anticipar un "doble" Pico . Con esto, la pareja puede implementar las instrucciones de final del día adecuadas.

Si la mujer pasa 16 días o más post-Pico y el periodo menstrual no se inicia, pero se ha observado y utilizado el método de acuerdo a las instrucciones para evitar el embarazo, entonces la pareja debe anticipar una forma especial de "doble" Pico. Esta situación especial se denomina periodo menstrual "perdido" u omitido. En realidad se trata de un "doble" Pico prolongado. Se le llama periodo "perdido" porque desde un punto de vista práctico, la mujer lo identifica como tal.

Para enfrentar una situación de "doble" Pico, toda pareja debe conocer las instrucciones especiales que se relacionan con esta circunstancia especial:

• INSTRUCCIONES ESPECIALES •
PARA "DOBLE" PICO

1. **En P + 3 hacer las preguntas de "doble" Pico.**
2. **Si la respuesta es "sí" a cualquiera de las preguntas, anticipar un "doble" Pico.**
3. **Si la fase post-Pico es mayor de 16 días en duración y el método ha sido usado adecuadamente para evitar el embarazo, anticipar un "doble" Pico en la forma de un periodo menstrual "perdido".**
4. **Si se anticipa un "doble" Pico seguir las instrucciones pre-Pico del final del día hasta que la situación se aclare.**

• PICO "DIVIDIDO"

Se define como Pico "Dividido" a la aparición de un intervalo no mayor a 4 días entre observaciones de moco tipo Pico. En vez de que los días de moco tipo Pico ocurran consecutivamente en la formación del moco, los días están "divididos" generalmente por días secos. Cuando el moco tipo Pico se reanuda durante o al final del cuarto día, no se trata técnicamente un "doble" Pico sino que se clasifica como un Pico "dividido". La clasificación por separado de esta situación se apoya en el hecho de que si bien por un lado esto ocurre con bastante frecuencia, por el otro presenta poca dificultad para los nuevos usuarios. Pueden encontrarse ejemplos de graficación en la Figura B-9, días 1-14 del ejemplo B (primera línea, Apéndice B).

• LA ETAPA PREMATRIMONIAL

Uno de los mejores momentos para aprender a observar el moco y graficar adecuadamente es antes de casarse. Además, es un momento excelente para comenzar a reflexionar sobre la fertilidad y sobre la sexualidad. Con este enfoque, la joven pareja puede iniciar su vida matrimonial con una plena confianza de su fertilidad. **Recomendamos empezar las clases aproximadamente 6 a 12 meses antes de la fecha de la boda** .

Cabe señalar que aunque la sociedad ha tomado el enfoque opuesto, el tiempo antes del matrimonio no es el momento ideal para tener relaciones genitales . Es **físicamente más saludable** para la joven pareja evitar el contacto genital en este momento, y también es más **saludable a nivel emocional, espiritual y de relación**. El periodo antes del matrimonio es el momento en que las parejas desarrollan el fundamento de su futura relación. El **contacto genital en este momento coloca una barrera artificial para la buena comunicación** y de hecho evita o inhibe el desarrollo de la base sólida que se construye con una buena comunicación, valores compartidos y respeto mutuo y generoso de uno hacia el otro. **Este es el momento para empezar a explorar "el alma profunda" de la sexualidad humana** (ver Capítulo 2) y a ampliar sus horizontes para aprender maneras no-genitales de expresar su amor.

II. INSTRUCCIONES ESPECIALES DEL MÉTODO

• DESPUÉS DE DEJAR LA PÍLDORA

Las siguientes consideraciones especiales deben aplicarse a las parejas que están dejando de tomar la píldora de control de la natalidad.

1. **Dejar de tomar la píldora inmediatamente** después de la sesión introductoria. Puede esperarse sangrado unos días después de dejar de tomarla.
2. El intervalo entre este sangrado y la primera menstruación normal puede ser más largo que ciclo usual de la mujer. Además, el primer periodo normal será generalmente más abundante que el "periodo" que se presentaba con la píldora.
3. La primera ovulación después de dejar la píldora puede ser más dolorosa que lo usual.
4. La mujer puede no ovular temporalmente (o hasta permanentemente) después de dejar la píldora así que no habrá menstruación durante algún tiempo. Si esto ocurre no hay mayor dificultad en el uso del **CrMS** como método para evitar el embarazo. En esta circunstancia deben seguirse las instrucciones relativas a estados anovulatorios como en el caso de la lactancia. Sin embargo, la anovulación post-píldora persistente puede ser una causa de infertilidad y si dura más de seis meses tras dejar de tomar la píldora, la mujer debe visitar al médico.

5. Una vez que la mujer comienza a tener sus ciclos, la fase pre-Pico puede ser de duración más variable que lo usual.
6. La fase post-Pico del ciclo puede también ser de duración más variable durante los primeros meses de graficación.
7. Si existe un retraso en el retorno a la ovulación, la mujer puede experimentar un retorno variable del moco tipo Pico, muy común en situaciones anovulatorias.
8. Evitar el contacto genital puede ser difícil al inicio cuando se dejan las píldoras de control de natalidad, por lo que es necesario que la pareja trabaje en la creación de otras expresiones no genitales de su amor (ver Capítulo 8).

**• INSTRUCCIONES ESPECIALES •
PARA DEJAR DE TOMAR PÍLDORAS DE CONTROL NATAL**

A. Si la intención es evitar el embarazo, la relación íntima genital debe ser siempre al final de los días infértiles durante el primer ciclo menstrual normal.
B. Durante el primer ciclo menstrual normal se aplican las instrucciones básicas pre-Pico.
C. Después del primer ciclo menstrual normal, se aplican las instrucciones básicas pre y post-Pico.
D. Si ocurre anovulación, o si se presenta un flujo continuo, se siguen las instrucciones de esos dos casos.

En las Figuras B-1, B-4, B-5, B-6 Y B-9 del Apéndice B se encuentran algunos ejemplos de graficación que pueden observarse en mujeres que han dejado de tomar píldoras de control natal.

• LACTANCIA

El hecho de que el bebé succione el pecho produce una ***supresión fisiológica de la ovulación*** que puede continuar por un largo periodo. Sin embargo, la fertilidad puede regresar antes del retorno de la menstruación.

Para entender las instrucciones que aplican en lactancia, es importante comprender las diferencias entre lactancia total y parcial.

Lactancia Total

Todo el sostenimiento nutricional del bebé se recibe del seno materno (excepto tragos ocasionales de agua).

Lactancia Parcial

Cuando se inicia la alimentación complementaria a la leche materna, la mujer está en lactancia parcial.

Para la pareja que piensa alimentar a su bebé con seno materno, el mejor momento para conocer el CrMS es durante los tres últimos meses de embarazo. En ese tiempo deben asistir a la sesión introductoria y de esta forma estarán preparados para el periodo post-parto y podrán en ese momento acceder directamente a las sesiones de seguimiento según el programa (ver Figura B-4 en el Apéndice B).

• EN LACTANCIA TOTAL •

1. Se debe comenzar a graficar cuando el sangrado disminuya (usualmente tres semanas post-parto).
2. El primer seguimiento deberá programarse a las 5 semanas post-parto. En ese momento podrán revisarse dos semanas de graficación.
  A. Mientras se esté en lactancia total, las primeras ocho semanas (56 días a partir del nacimiento del bebé) se consideran infértiles.
  B. Si se entra en el programa hasta después de la octava semana postparto, entonces debe evitarse el contacto genital durante dos semanas (si hay total sequedad durante este tiempo), o cuatro semanas (si hay moco).
  C. La relación íntima genital debe ser siempre al final del día durante el primer ciclo menstrual normal.
  D. Durante este periodo, aplican las instrucciones básicas de periodo pre-Pico.

• EN LACTANCIA PARCIAL •

1. No se consideran infértiles las primeras ocho semanas después del nacimiento del bebé.

2. **Debe evitarse el contacto genital durante un mes para conocer con confianza los biomarcadores.**
3. **Si se desea evitar el embarazo, la relación íntima genital debe ser siempre al final del día durante el primer ciclo menstrual normal.**
4. **Se aplican las instrucciones básicas de periodo pre-Pico.**

AL REGRESAR LA MENSTRUACIÓN

1. **Cuando regrese la menstruación hacer cita para ver al Profesional de Fertility*Care*™.**

Cuando se inicia el destete se puede experimentar un retorno variable del moco tipo Pico. Esto se debe a los niveles crecientes y decrecientes de estrógeno que ocurren durante este periodo con el regreso de la función ovulatoria. Al elevarse los niveles de estrógeno se produce moco tipo Pico. Al descender, desaparece este tipo de moco. Las instrucciones del **CrMS** le permiten "navegar" en este periodo usualmente sin grandes dificultades.

• POST-PARTO SIN LACTANCIA

La ovulación más precoz reportada en la literatura médica después del nacimiento, en ausencia de lactancia, ha sido a los 27 días. Por lo tanto, no puede presuponerse un tiempo automático de infertilidad en este grupo de mujeres.

El mejor momento para conocer el **CrMS** es durante los últimos tres meses de embarazo. Las siguientes instrucciones deben utilizarse para esta categoría reproductiva (ver Figura B-5).

1. La graficación debe comenzar cuando disminuya el sangrado, generalmente tres a cuatro semanas después del parto.
2. La pareja debe evitar contacto genital durante las primeras cuatro semanas de graficación para que la mujer pueda desarrollar confianza en sus observaciones.
3. El primer seguimiento debe programarse dos semanas después de iniciar la graficación.

• INSTRUCCIONES ESPECIALES •

A. **Si la intención es evitar el embarazo, la relación íntima genital debe ser siempre al final de los días infértiles durante el primer ciclo menstrual normal.**
B. **Durante del primer ciclo menstrual normal se aplican las instrucciones básicas pre-Pico.**
C. **Después del primer ciclo menstrual normal, se aplican las instrucciones básicas pre y post Pico.**

• POST-ABORTO ESPONTÁNEO (PÉRDIDA). EMBARAZO ECTóPICO

Las mujeres que han tenido un aborto espontáneo, aborto inducido o embarazo ectópico tendrán una supresión muy corta de la ovulación después de la pérdida. La ovulación puede regresar en dos semanas . Por lo tanto, las instrucciones que siguen se aplican a esta categoría reproductiva:

1. La graficación debe comenzar cuando disminuya el sangrado. Esto es por lo general una semana después del incidente.
2. La pareja debe evitar contacto genital durante las primeras cuatro semanas de graficación para que la mujer pueda desarrollar confianza en sus observaciones.
3. El primer seguimiento debe programarse dos semanas después de iniciar la graficación.

• INSTRUCCIONES ESPECIALES •

A. **Si la intención es evitar el embarazo, la relación íntima genital debe ser siempre al final de los días infértiles durante el primer ciclo menstrual normal.**
B. **Durante el primer ciclo menstrual normal se aplican las instrucciones básicas pre-Pico.**
C. **Después del primer ciclo menstrual normal, se aplican las instrucciones básicas pre y post Pico.**

Cuando una mujer sufre un aborto, ya sea espontáneo o provocado, o un embarazo ectópico, se experimenta una sensación de pérdida. En cada una de estas situaciones, hay un proceso de luto en la mujer, su esposo y aún en otros miembros de la familia. El **Profesional** de **Fertility*Care*™** está

consciente de ese proceso y proporcionará apoyo a la pareja durante ese periodo.

• PREMENOPAUSIA

La menopausia se define como el término del flujo menstrual. El tiempo previo a la menopausia se llama pre-menopausia.

El **CrMS** es un gran avance para las parejas que se encuentran en esta situación. Les da la seguridad necesaria que desean de su planificación familiar. Aunque los ciclos menstruales tienden a hacerse más cortos y más irregulares, las instrucciones les orientarán sin mucha dificultad.

Las siguientes son instrucciones importantes para esta categoría reproductiva (ver Figura B-8):

1. Los patrones de ciclo pueden ser irregulares y/o anovulatorios.
2. Los patrones de moco pueden ser más irregulares con más "parches" de moco y observando retorno variable a moco tipo Pico.
3. La fase pre-Pico del ciclo puede ser más corta que la usual. Por lo tanto, es necesario estar alerta para detectar ovulación temprana observando con atención la presencia o ausencia de moco durante la menstruación.
4. La fase post-Pico puede ser de duración irregular entre un ciclo y otro.
5. Puede observarse con mayor frecuencia sangrado inusual, por lo que pueden aplicarse las instrucciones correspondientes.
6. Se puede decir que se ha llegado a la menopausia cuando pasa un año sin menstruación.

• INSTRUCCIONES •

A. Se aplican las instrucciones básicas del método.

IMPORTANTE

Siempre que una mujer en este grupo de edad presente **sangrado inusual, flujo continuo, sangrado intermenstrual o un flujo que sea mal oliente**, debe ver al médico.

• INFERTILIDAD

El **CREIGHTON MODEL System** ofrece una esperanza a las parejas con problemas de infertilidad porque les ayuda a identificar el momento de mayor fertilidad, de manera particularmente certera. El **CrMS** es el método más preciso disponible actualmente para identificar el momento de mayor fertilidad. De este modo ayuda al tratamiento del problema de infertilidad. *Además, el* **CrMS** *puede ser muy útil en* la evaluación del problema en sí.

Por el momento, de modo preliminar, describiremos algunos de los patrones que pueden observarse con el uso del **CrMS** en la evaluación de la infertilidad. Estos patrones son **ciclos secos, ciclos de moco limitado y ciclos de moco normales** (ver Figura B-10, Apéndice B).

A. Ciclos secos – Un ciclo seco es aquél en el que no se observa descarga de moco cervical durante el ciclo menstrual.

B. Ciclos de *moco* limitado – En los ciclos de moco limitado, la cantidad de flujo de moco cervical se reduce de manera importante. Tanto los ciclos secos como los de moco limitado se asocian generalmente con una función ovárica inadecuada.

C. Ciclos de moco normales – En los ciclos normales, la cantidad de moco es normal.

Las siguientes consideraciones son importantes para esta categoría reproductiva:

1. La pareja infértil debe evitar todo contacto genital durante el primer ciclo menstrual ***completo***. Confiar en el aspecto del moco es tan importante para la pareja con infertilidad como para la pareja que desea usar el método para evitar el embarazo. Por lo tanto, es necesario evitar el contacto genital. Es útil para evaluar el ciclo de moco en sí mismo. Por lo tanto, a diferencia de otras parejas, el mes que se evita el contacto genital inicia con el ciclo menstrual y sigue durante un ciclo completo para obtener una evaluación adecuada de un ciclo de moco.

• **INSTRUCCIONES ESPECIALES** •

A. Evitar contacto genital hasta que haya un buen flujo cervical.

Esto es para parejas que tienen ciclos regulares y su propósito es incrementar la cuenta de espermatozoides. Tiene la ventaja adicional de quitar la presión de sentir que tienen que "actuar" cuando llega su fertilidad. Si la pareja evita el contacto genital durante los días pre-Pico de infertilidad, aumentará su deseo de tener relaciones íntimas genitales en el tiempo de fertilidad.

B. Registrar la elasticidad del moco (2, 4, 6 cm./ Una pulgada, Dos pulgadas, tres pulgadas, etc.)

C. Registrar el dolor abdominal (AP), el dolor abdominal derecho (RAP), y el dolor abdominal izquierdo (LAP).

D. Utilizar los días de mayor calidad y cantidad y los dos primeros días que le siguen. A menudo las parejas preguntan "¿qué días son los mejores?". Esta guía es útil para enfocar la atención en los días que serían los más fértiles.

La infertilidad es un problema muy difícil. El **Profesional** de **Fertility*Care*™** es muy sensible a sus necesidades y situación especial y está en una posición excelente para ofrecer asesoría **moral y éticamente responsable** a las parejas que se encuentran en esta categoría reproductiva. Además, es un aliado educador de la salud y defensor de los intereses de las parejas en esta categoría reproductiva.

• SANGRADO PREMENSTRUAL

El sangrado premenstrual no es raro y se observa con mayor frecuencia en mujeres de más de 30 años. Por definición, sangrado premenstrual significa tres días o más de sangrado ligero o muy ligero o manchado marrón que antecede el inicio de flujo moderado o abundante (ver Figura B-11, línea 3, Apéndice B). En esta definición, los días no tienen que ser consecutivos. Sin embargo, si sólo son uno o dos días deben considerarse como pertenecientes al periodo menstrual en sí.

Cuando hay un sangrado premenstrual auténtico, deberá graficarse con el ciclo menstrual previo y no con el periodo menstrual en sí mismo. Se cree que ocurre como resultado de un descenso irregular ~~de~~ la hormona progesterona durante la fase post-ovulatoria del ciclo que causa una descamación irregular del endometrio. Las siguientes instrucciones especiales se aplican a la situación de sangrado premenstrual:

• **INSTRUCCIONES ESPECIALES** •

1. **Graficar como fértil por 3 ciclos.**
2. **Graficar la presencia o ausencia de moco durante el sangrado.**
3. **Después de tres ciclos continuar graficando el sangrado pero siga las instrucciones básicas con base en la presencia o ausencia de moco.**
4. **A la primera observación de mayor sangrado, considerar que hay fertilidad.**
5. **Después de tres ciclos, usar estampas verdes, blancas o amarillas (pero no rojas) con base en la observación del moco mientras se sigue registrando la descripción del sangrado.**

• CICLOS LARGOS

En general, los ciclos menstruales largos se definen como ciclos que son consistentemente más largos que 38 días. Para algunas mujeres los ciclos menstruales largos constituyen su patrón normal. Para ellas se aplican las instrucciones básicas. Estas mujeres observan un periodo pre-Pico de días secos más largo. Sin embargo también pueden experimentar "parches" de moco tipo no Pico intercalados con los días secos pre-Pico. También se siguen las instrucciones básicas para estos "parches" (ver Figura B-6, Apéndice B).

Ocasionalmente, las mujeres con ciclos largos tendrán un patrón que asemeja el retorno variable de flujo tipo Pico. En situaciones como esta pueden seguir aplicando las instrucciones básicas pero en ocasiones podrían requerirse instrucciones para moco continuo.

• ANOVULACIóN

La mujer que no ovula o que ovula irregularmente puede ser uno de los casos más fáciles de manejar con el **CrMS** o uno de los más retadores. Usualmente

se observan dos patrones (ver ejemplos A y B, Figura B-9, Apéndice B):

1. Periodos largos de sequedad ocasionalmente con un proceso de formación de moco de tipo ovulatorio o un retorno variable de moco tipo Pico disperso durante el ciclo (ejemplo A).
2. Retorno variable de moco tipo Pico que puede "navegarse" fácilmente, o un retorno variable un poco más problemático que es muy parecido a la descarga prolongada de moco tipo Pico (ejemplo B).

En cualquiera de estas situaciones se deben aplicar las instrucciones básicas en el entendido de que se trata de una situación de "final del día". Esta situación es similar a la observada en lactancia. Si existe un flujo continuo de moco, por lo general puede establecerse un patrón de fertilidad e infertilidad y pueden utilizarse estampas amarillas (con ayuda del Profesional).

• CICLOS SECOS

Los ciclos secos no son comunes en la población con fertilidad normal. La causa exacta es desconocida, sin embargo se pueden relacionar tanto con una función ovárica anormal como con la incapacidad del cérvix para producir moco cervical. Adicionalmente, medicamentos como los antihistamínicos (tabletas para el resfriado) pueden reducir el flujo cervical (ver línea C, Figura B-10, Apéndice B).

Si se están haciendo buenas observaciones del moco, los días secos en ciclos como éstos son infértiles con un alto grado de confiabilidad. Como resultado, aplican las siguientes instrucciones:

• INSTRUCCIONES ESPECIALES •

1. Aplicar las instrucciones básicas pre-Pico

En el ciclo C, Figura B-8 y en el Ciclo C, Figura B-10 se pueden encontrar ejemplos de ciclos secos.

• FLUJO CERVICAL CONTINUO-ESTAMPAS AMARILLAS

Mucha gente se pregunta si el **CREIGHTON MODEL** puede usarse o no en presencia de un moco cervical continuo. La respuesta es sí. El **Profesional** de **Fertility*Care*™** puede ayudarle a identificar el moco característico asociado con la fertilidad que es tan diferente de todos los otros tipos de flujos vaginales o cervicales que se tendrá muy poca dificultad en identificar el cambio. El Profesional puede recomendar la búsqueda de tratamiento médico para eliminar la causa del flujo o puede recomendar el uso de estampas amarillas para ayudar a identificar las fases de infertilidad que se expresan con flujo vaginal. La gráfica del **CrMS** puede convertirse en una herramienta excelente para identificar infecciones o inflamaciones vaginales o cervicales. Hemos encontrado que muchas mujeres al saber cómo funcionan sus cuerpos, tienen más probabilidades de identificar los problemas más temprano y por lo tanto pueden buscar una solución más rápida y oportuna. Creemos que este es uno de los beneficios a largo plazo para la salud de usar este método de planificación de la familia.

REFERENCIAS

Se han publicado una cantidad significativa de datos científicos en publicaciones médicas y libros relacionados con las bases científicas del **CREIGHTON MODEL Fertility*Care*™ System** y otros medio de regulación natural de la fertilidad. Para aquellos interesados en el tema, proponemos la siguiente lista de referencias.

La primera referencia es el texto médico que se ha titulado ***The Medical & Surgical Practice of* NaProTECHNOLOGY®** Hilgers, TW, Pope Paul VI Institute Press, Omaha, 2004.

Cohen, MR, Stein, IF and Kaye, BM: Spinnbarkeit: A Characteristic of Cervical Mucus. Fertility and Sterility, 3:201, 1952.

Roland, M: A Simple Test for the Determination of Ovulation, Estrogen Activity and Early Pregnancy Using the Cervical Mucus Secretion. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 63:81-89, 1952.

Zondek, B and Rosen, S: Cervical Mucus Arborization: Its Use in the Determination of Corpus Luteum Function. Obstetrics and Gynecology. 3:463-470, 1954.

Billings, EL, Billings, JJ, Brown, JB, et al: Symptoms and Hormonal Changes Accompanying Ovulation. The Lancet, February 5, 1972. 282-284.

Moghissi, KS, Syner, FN and Evans, TN: A Composite Picture of the Menstrual Cycle. The American Journal of Obstetrics and Gynecology. 114: 405-416, 1972.

Weismann, C, Foliaka, L, Billings, J, et al: A Trial of the Ovulation Method of Family Planning in Tonga. Lancet, October 14, 1972, 2:813-816.

Flynn, AM and Lynch, SS: Cervical Mucus Identification of the Fertile Phase of the Menstrual Cycle. British Journal of Obstetrics and Gynecology . 83:545, 1976.

Hilgers, TW, Abraham, GE and Cavanagh, D: Natural Family Planning - I. The Peak Symptom and Estimated Time of Ovulation. Obstetrics and Gynecology, 52: 575-582, 1978.

Casey, JH: The Correlation Between Midcycle Hormonal Profiles, Cervical Mucus and Ovulation in Normal Women. In: ***Human Love and Human Life*** . Santamaria, JN and Billings, JJ, Eds. The Polding Press, Melbourne, Australia, 1979, p. 68.

Klaus, H, et al: Use Effectiveness and Client Satisfaction in Six Teaching Centers Teaching the Billings Ovulation Method. Contraception. Vol. 19, No. 6, June, 1979.

Hilgers, TW and Prebil, AM: The Ovulation Method - Vulvar Observations as an Index of Fertility/Infertility. Obstetrics and Gynecology, 53: 12-22, 1979.

Morishita, H, Hashimoto, T, Mitani, H, et al: Cervical Mucus and Prediction of the Time of Ovulation. Gynecologic and Obstetric Investigation. 10:157-162, 1979.

Brown, JB, Harrisson, P, Smith, MA, et al: ***Correlations Between the Mucus Symptoms and the Hormonal Markers of Fertility Throughout Reproductive Life***. Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia, Melbourne, Victoria, Australia, 1981.

Cortesi, S, Rignoni, G, Zen, F, et al: Correlation of Plasma Gonadatropins and Ovarian Steroid Pattern with Symptomatic Changes in Cervical Mucus During the Menstrual Cycle in Normal Cycling Women. Contraception. 23:635-641, 1981.

Hilgers, TW, Prebil, AM, Daly, KD and Hilgers, SK: ***The Ovulation Method of Natural Family Planning: A Standardized Case Management Approach to Teaching, Book I.*** Creighton University Natural Family Planning Education and Research Center, Omaha, Nebraska, 1982.

Faccioli, G, Cortesi, S and Calderoni, P: Structure of Human Cervical Mucus Correlation with Plasma Ovarian Hormone Levels. Acta Europaea Fertilitatis, 14:41-50, 1983.

Odeblad, E: The Biophysical Properties of the Cervical - Vaginal Secretions. International Review of Natural Family Planning - 7: 1-56, 1983.

Garcia, N, Giacchi, E, Campo, S, et al: Canalization of Human Cervical Mucus. Obstetrics and Gynecology. 64:164-169, 1984.

Faccioli, G: Hormonal Bases of the Correspondence Between Microscopic and Ultra Microscopic Features of Human Cervical Mucus. Acta Europaea Fertilitatis, 15: 131-135, 1984.

Faccioli, G: Preliminary Results on the Scanning Electron Microscopic Structure of Infertile Human Cervical Mucus. Acta Europaea Fertilitatis, 15: 381-385, 1984.

Hilgers, TW: The Statistical Evaluation of Natural Methods of Family Planning. International Review of Natural Family Planning. 8:226-264, 1984.

Doud, J: Use Effectiveness of the Creighton Model of NFP. International Review of Natural Family Planning. 9:54-72, 1985.

Odeblad, E: The Mucus Symptoms Length and Subphases During the Fertile Age. International Review of Natural Family Planning - 10: 303-313, 1986.

Depares, J, Ryder, REJ, Walker, SM, et al: Ovarian Ultrasonography Highlights Precision of Symptoms of Ovulation as Markers of Ovulation. British Medical Journal. 292:1562, 1986.

Taylor, RS, Woods, JB and Guapo, M: Correlation of Vaginal Hormonal Cytograms with Cervical Mucus Symptoms. The Journal of Reproductive Medicine. 31, 1986.

Nulsen, J, Wheeler, C, Ausmanas, M, et al: Cervical Mucus Changes in Relationship to Urinary Luteinizing Hormone. Fertility and Sterility. 48:783-786, 1987.

Hilgers, TW: The Objective Assessment of the Vulvar Mucus Cycle. International Review of Natural Family Planning, 250-258, Fall 1988.

Daily, DC, Reuter, K, Cohen, S, et al: Follicle Size by Ultrasound versus Cervical Mucus Quality: Normal and Abnormal Patterns in Spontaneous Cycles. Fertility and Sterility. 51: 598-603, 1989.

Hilgers, TW: ***The Ovulation Method of Natural Family Planning: An Introductory Booklet for New Users***. Pope Paul VI Institute Press, 1991 (and previous printings).

Hilgers, TW: ***The Medical Applications of Natural Family Planning: A Contemporary Approach to Women's Health Care***. Pope Paul VI Institute Press, Omaha, Nebraska, 1991.

Zhang, DW and Xu, JX: The Effectiveness of the Ovulation Method Used by 688 Couples in Shanghai: Shanghai Municipal Family Planning Commission. Presented at the Eleventh Annual Meeting of the American Academy of Natural Family Planning, July 1991, Charleston, West Virginia.

Hilgers, TW, Daly, KD, Prebil, AM, et al: Cumulative Pregnancy Rates in Patients with

Apparently Normal Fertility and Fertility-Focused Intercourse. Journal of Reproductive Medicine, 10:864-866, 1992.

Odeblad, E.: The Discovery of Different Types of Cervical Mucus and the Billings Ovulation Method. Bulletin of the Natural Family Planning Council of Victoria. 21: 3-34, Sept. 1994.

Fehring, RJ, Lawrence, D and Philpot, C: Use Effectiveness of the Creighton Model Ovulation Method of Natural Family Planning. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. 23:303-309, 1994.

Hilgers, TW: ***The Scientific Foundations of the Ovulation Method***. Pope Paul VI Institute Press, Omaha, Nebraska, 1995.

Hilgers, TW and Stanford, JB: The Use-Effectiveness to Avoid Pregnancy in Creighton Model NaProEducation Technology: A Meta-Analysis of Prospective Trials. J. Repro. Med. 43: 495-502, June 1998.

Stanford, JB, Lemaire, JC and Thurman, PB: Women's Interest in Natural Family Planning. J. of Fam. Prac., 46: 65-72, 1998.

Howard, MP and Stanford, JB: Pregnancy Probabilities During Use of the Creighton Model Fertility Care System. Arch. Fam. Med. 8:391-402, 1999.

Stanford, JB, Thurman, PB and Lemaire, JC: Physicians' Knowledge and Practices Regarding Natural Family Planning. Obstet. Gynec. 94: 672-678, 1999.

Hilgers, TW and Stanford, JB: The Creighton Model Fertility Care System to Achieve Pregnancy: The Influence of External Economic Conditions (In Press, 2000).

RECONOCIMIENTOS

El autor desea agradecer a aquellas personas que han participado en la producción de este manual introductorio. Del Instituto Papa Paulo VI para el Estudio de la Reproducción Humana: **Susan K. Hilgers, BA, CNFPP, CNFPE**, y **Jean B. Packard, NFPP**. Del Departamento de Servicios de **Fertility*Care*™** del Centro Médico St. John's Mercy, de St. Louis Missouri, y el Instituto Papa Paulo VI: **Ann M. Prebil, RN, BSN, CNFPP, CNFPE**, así como **K. Diane Daly, RN, CNFPP, CNFPE** .

Las ilustraciones se desarrollaron con ayuda del departamento de Ilustraciones Médicas y fotografía Médica del centro de comunicaciones Biomédicas de la Escuela de Medicina de la Universidad Creighton.

ÍNDICE TEMÁTICO

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V



EJEMPLOS ESPECÍFICOS DE REGISTRO EN GRÁFICA

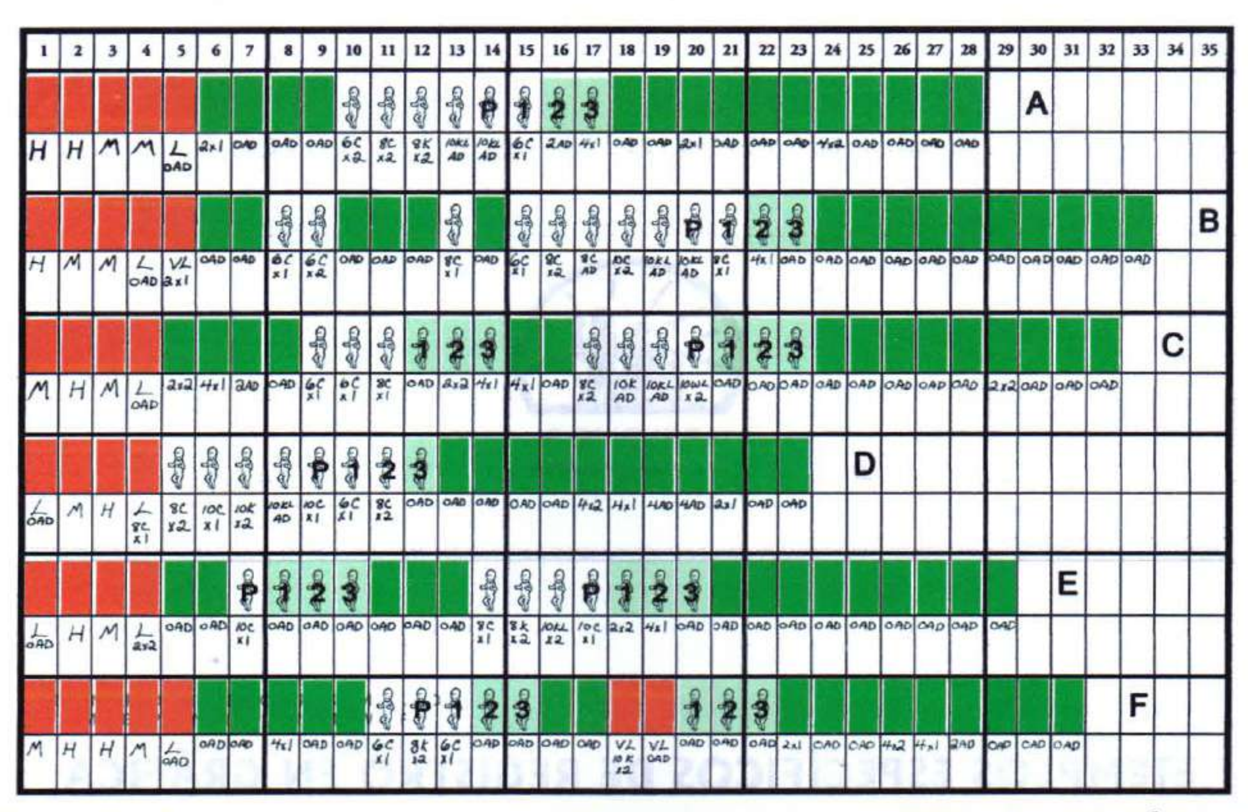


Figura B-1: Cada uno de estos ciclos ejemplifica una o más de las **INSTRUCCIONES BÁSICAS DEL MÉTODO** (ver Capítulo 7).

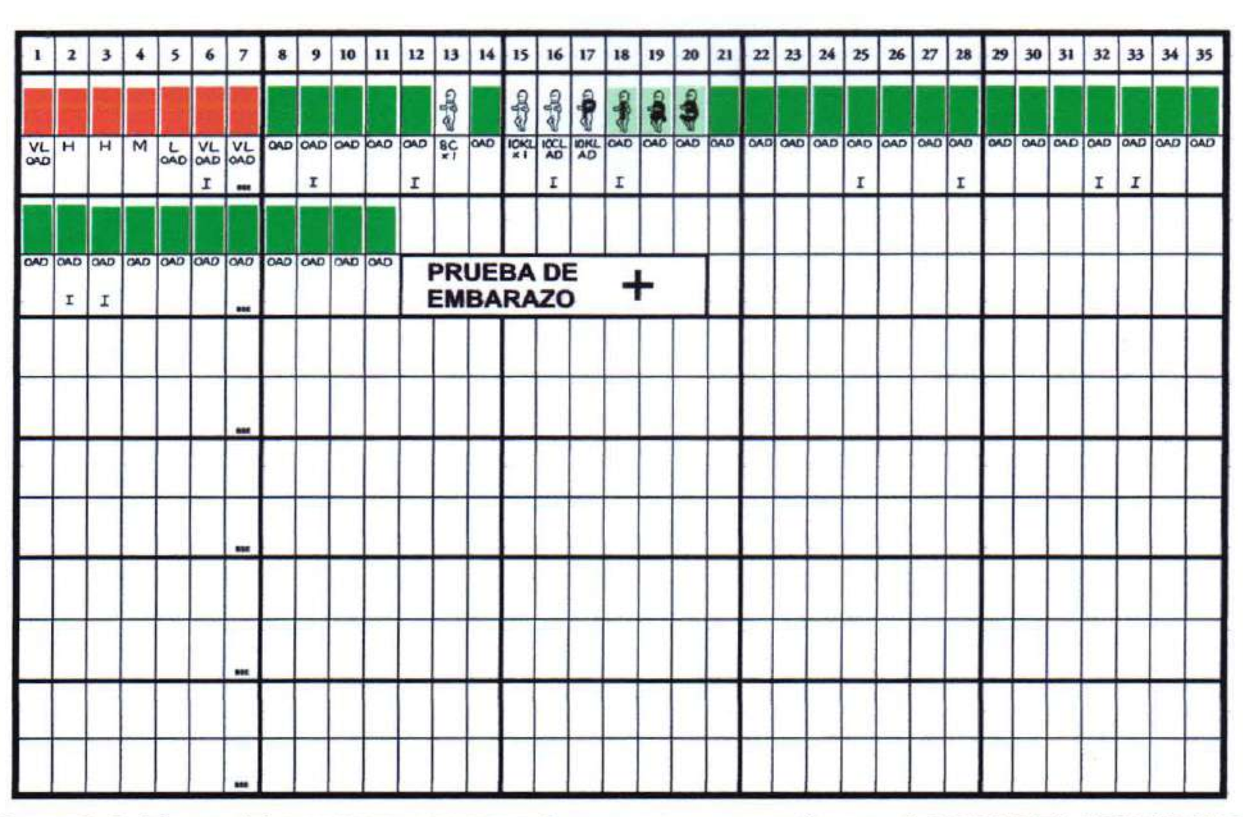


Figura B-2: El uso del **CREIGHTON MODEL System** como un medio para **LOGRAR EL EMBARAZO** (ver Capítulo 7).

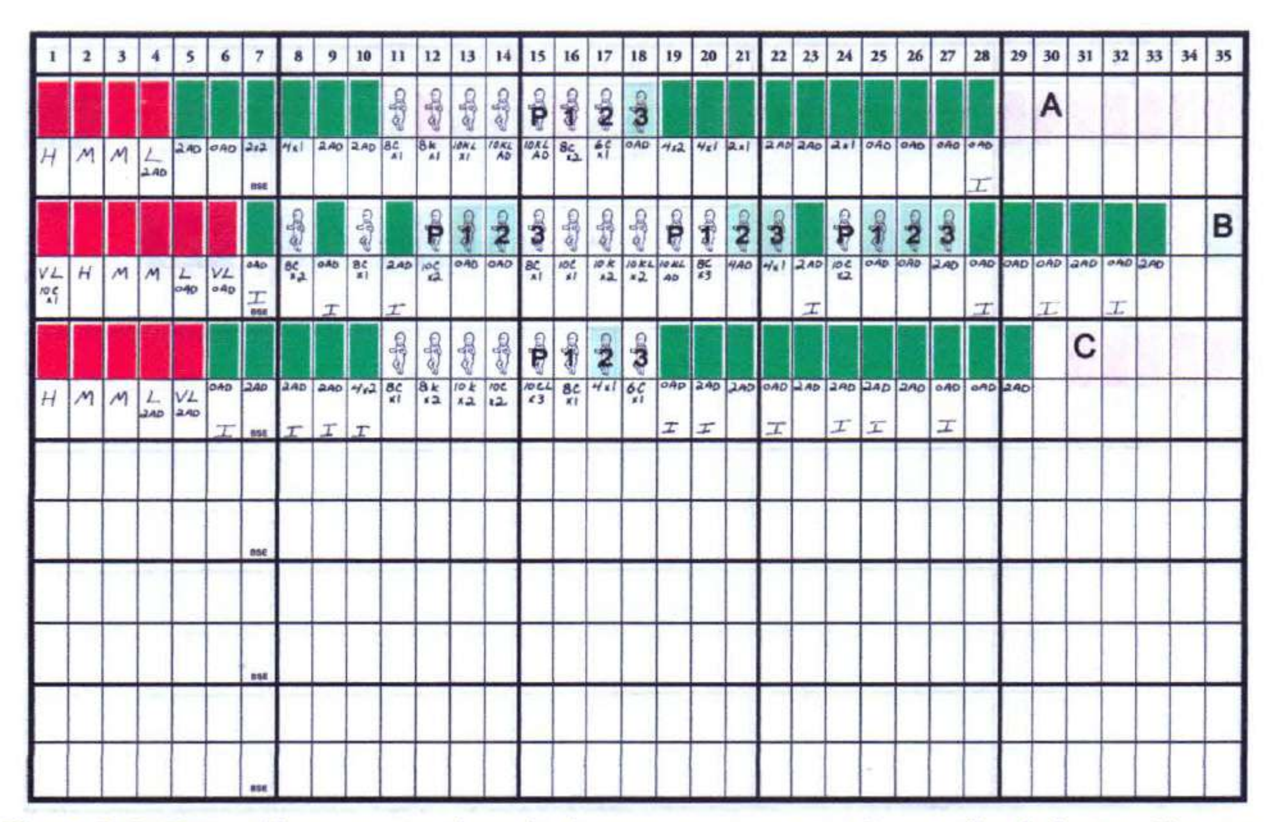


Figura B-3: Esta gráfica muestra el resultado que se espera cuando se utiliza la instrucción para manejo de **FLUIDO SEMINAL** (ver Apéndice A para los detalles).

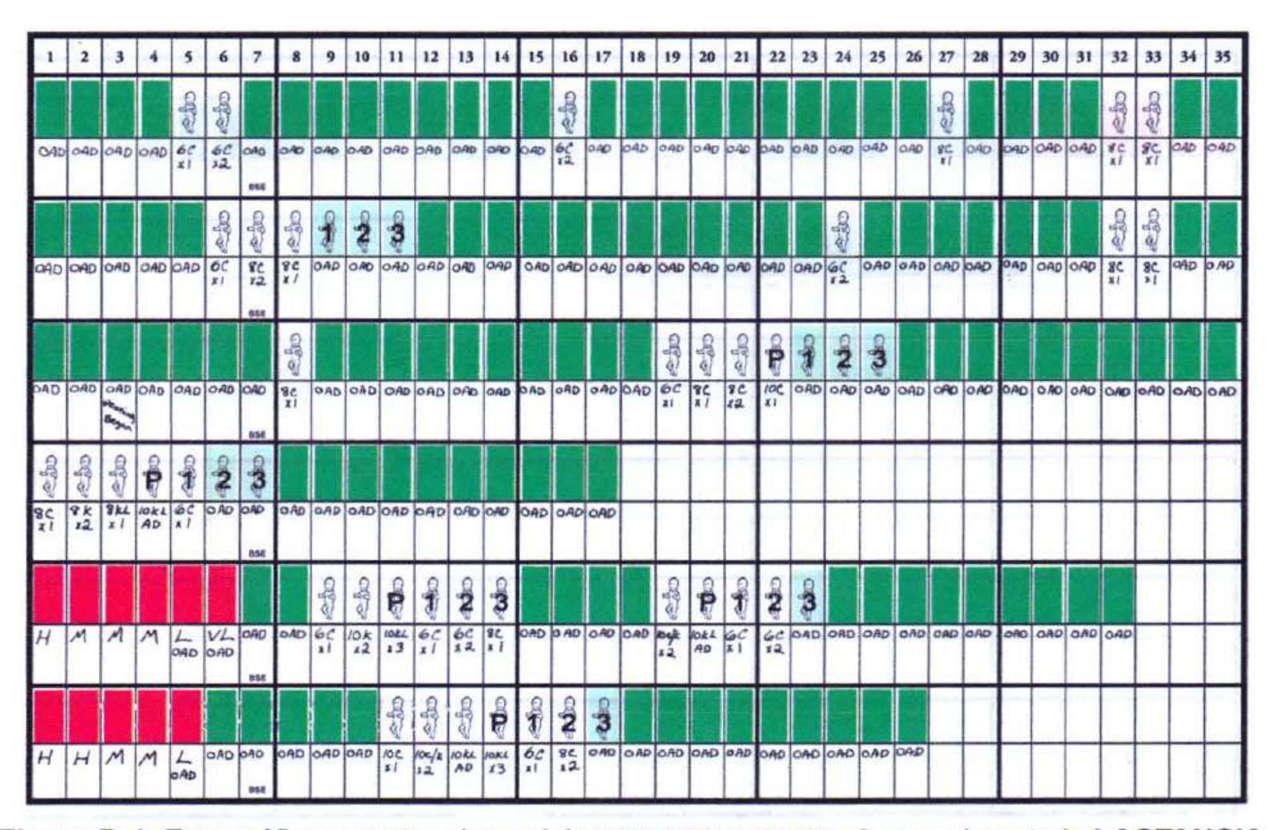


Figura B-4: Esta gráfica muestra el uso del **CREIGHTON MODEL System** durante la **LACTANCIA** (ver Apéndice A para los detalles).

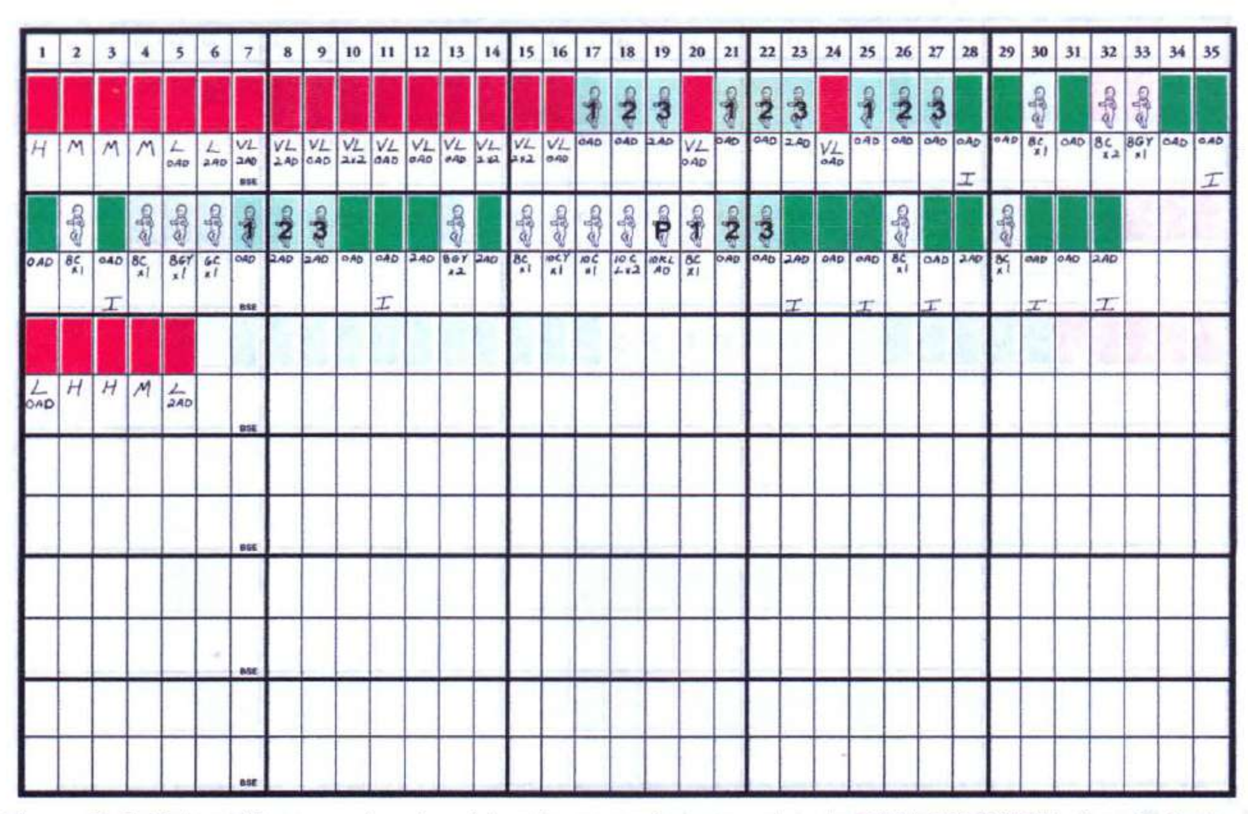


Figura B-5: Esta gráfica muestra el registro de una mujer en post-parto **SIN LACTANCIA** (ver Apéndice A para los detalles).

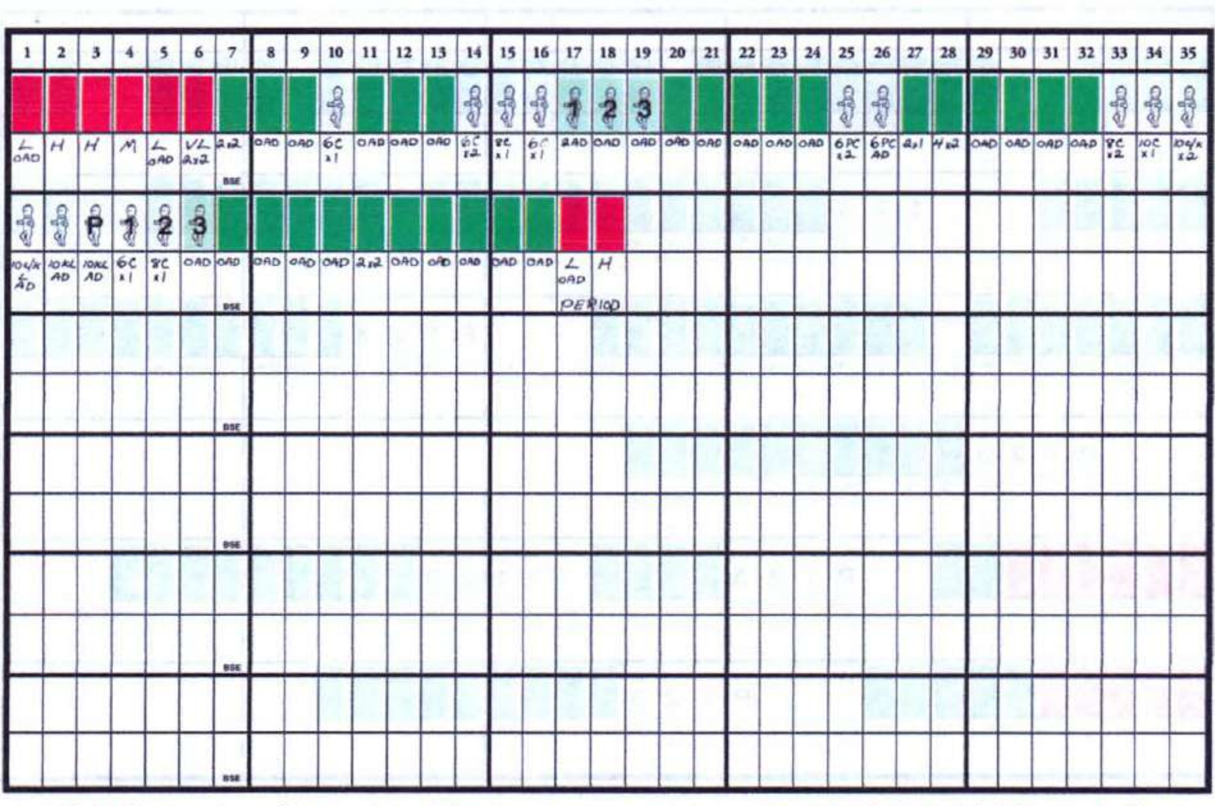


Figura B-6: Esta es la gráfica que podría observar una mujer en **PERIODOS LARGOS** (ver Apéndice A para los detalles).

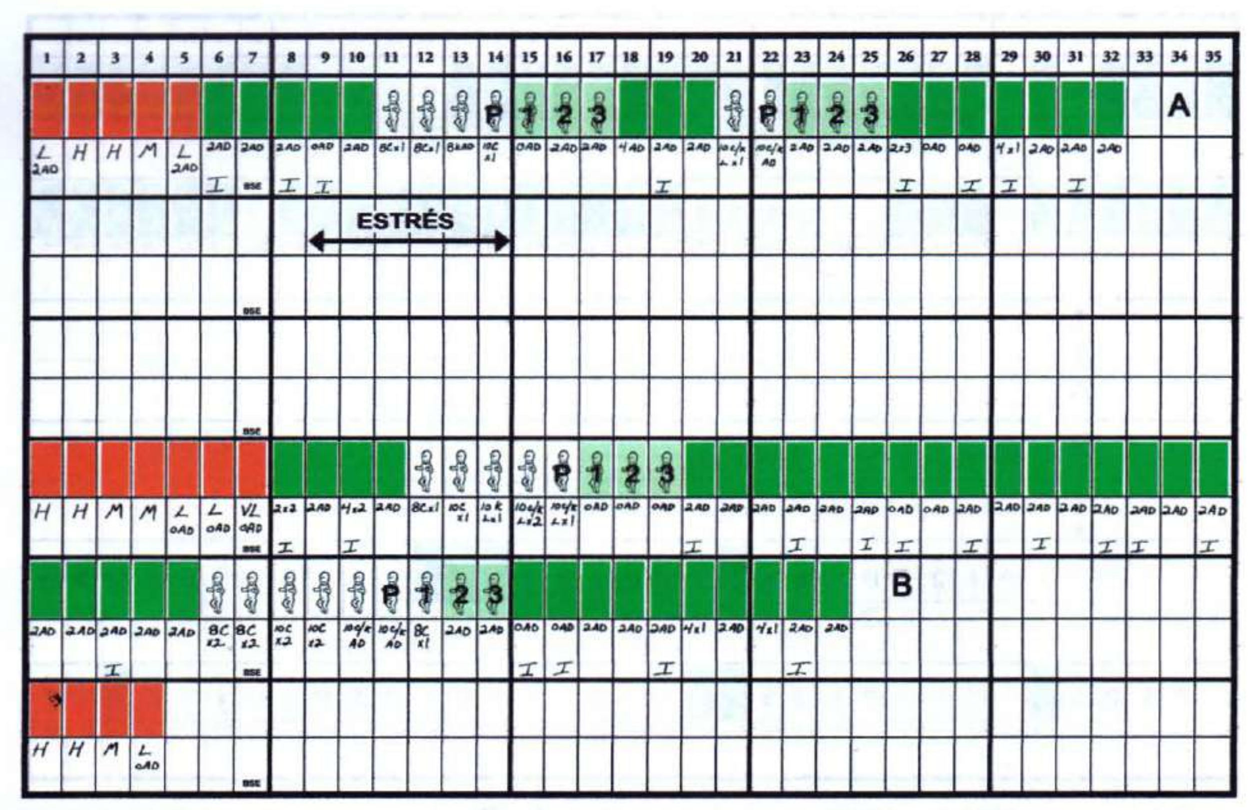


Figura B-7: El ciclo es un A es un **"Doble" Pico** clásico y el ciclo B es un **"Doble" Pico en forma de un "Periodo Perdido"** (ver Apéndice A para los detalles).

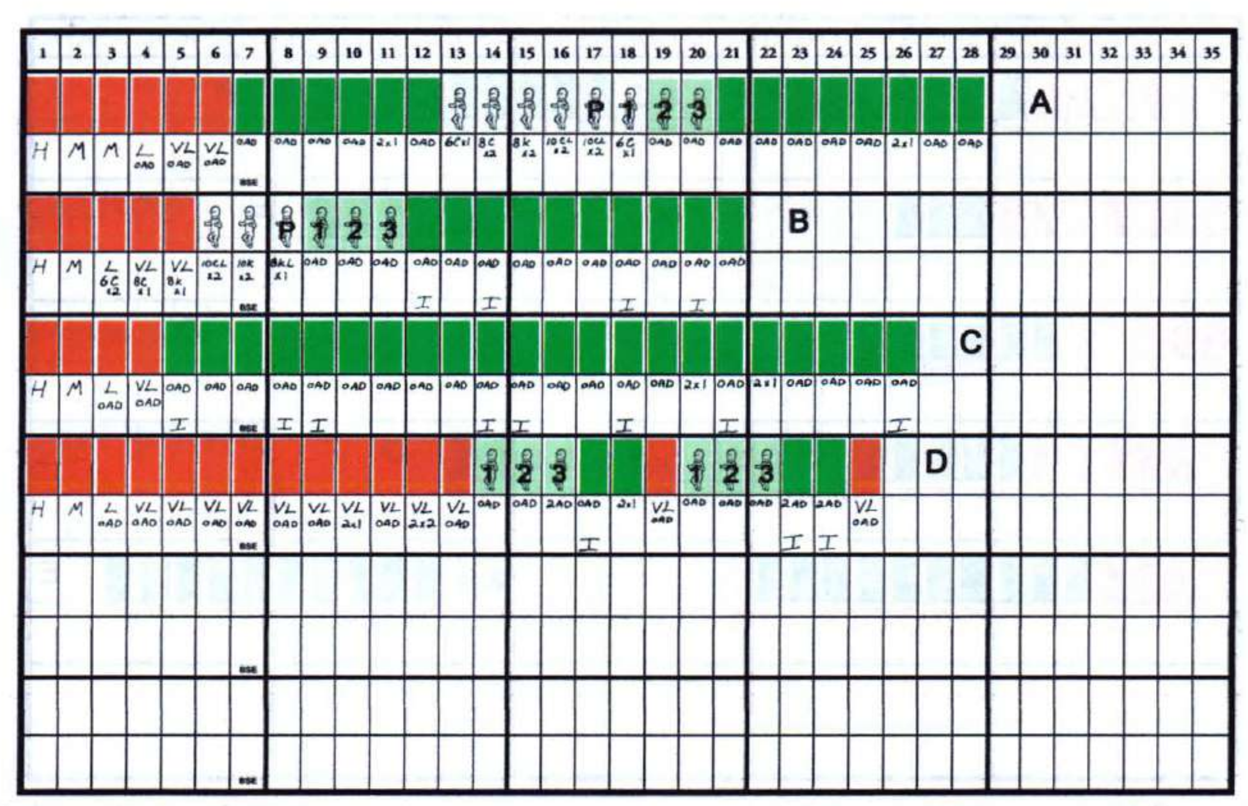


Figura B-8: Estos cuatro ciclos son vistos a menudo por las mujeres **en premenopausia.** El ciclo A es un **ciclo normal**; el ciclo B es una **ovulación temprana**; el ciclo C es un **ciclo seco** y el ciclo D es un ciclo con **sangrado inusual**.

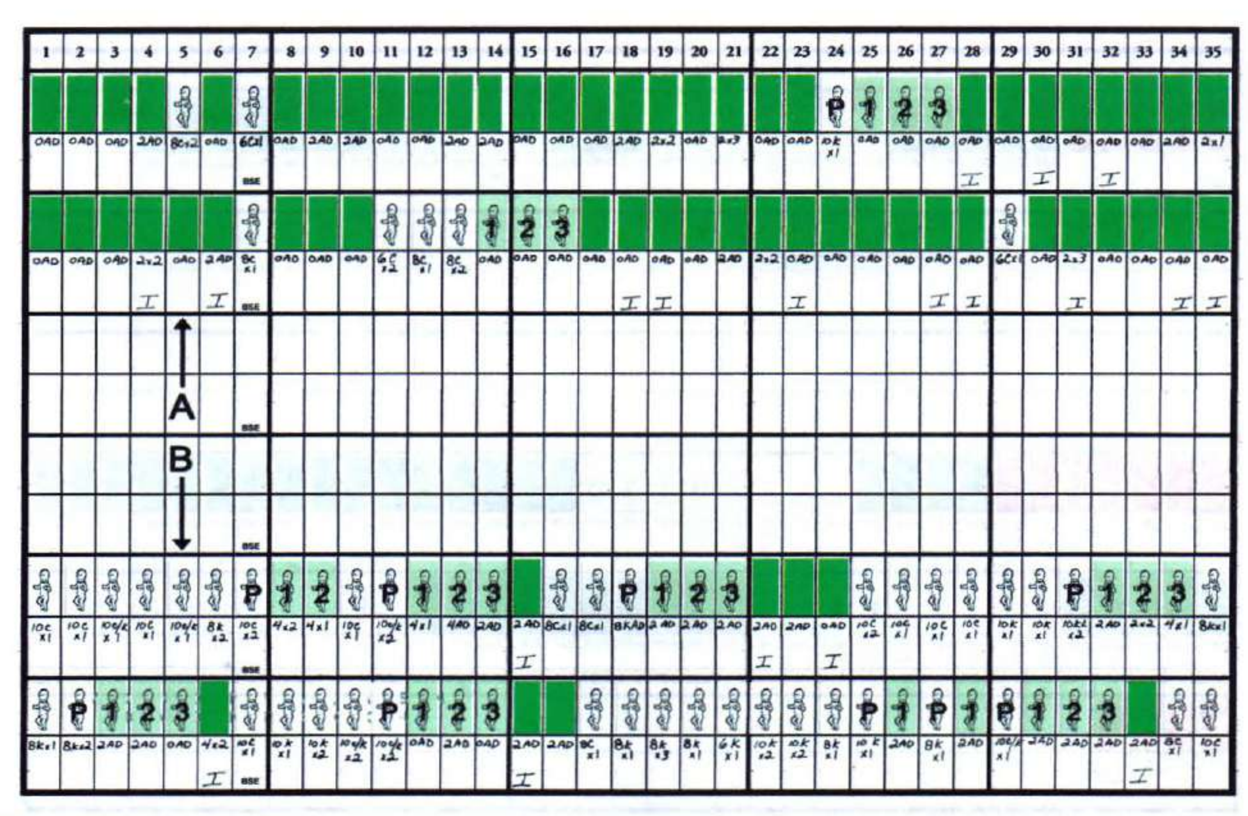


Figura B-9: Esta gráfica muestra dos posibles patrones (**A** y **B**) en una mujer **que no está ovulando** (ver Apéndice A para los detalles).

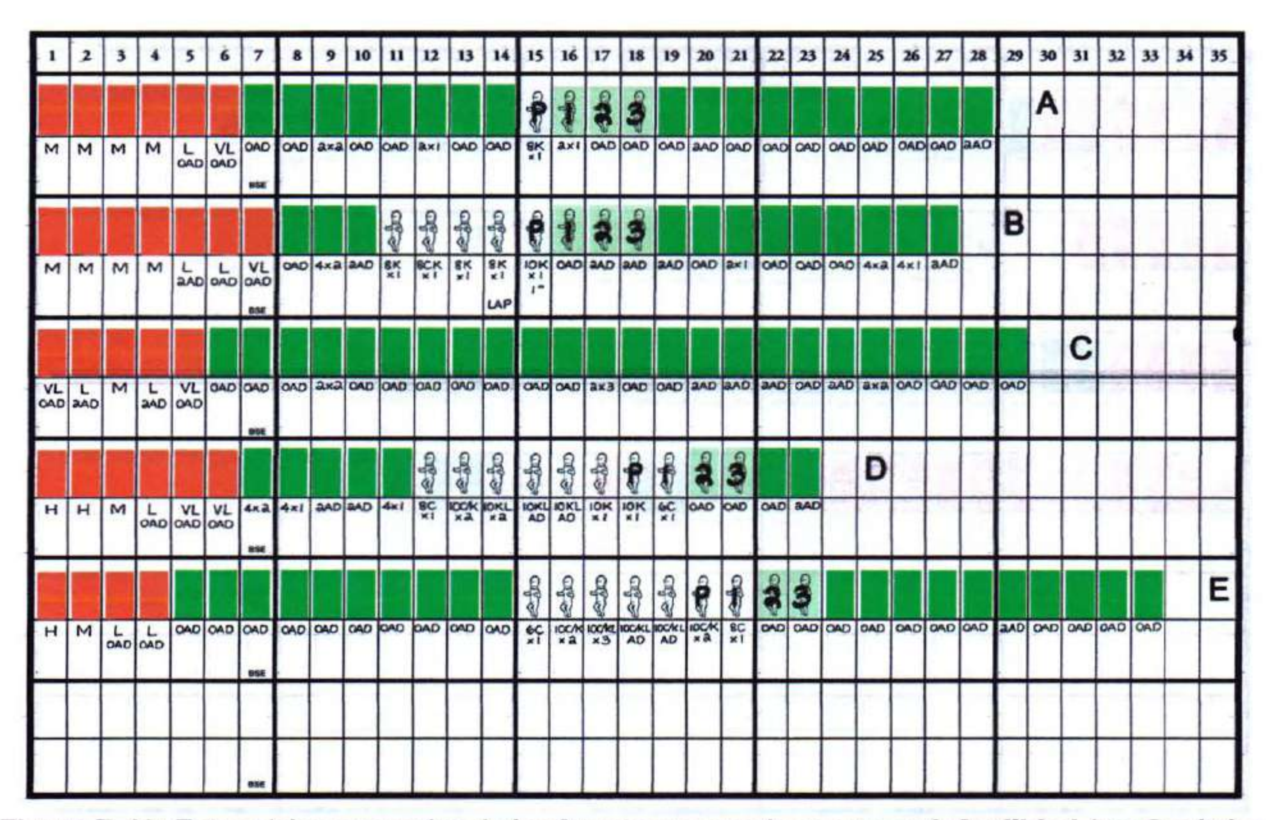


Figura B-10: Estos ciclos son varias de las formas que pueden verse en **infertilidad** (ver Capítulos 9 y 10 y el Apéndice A para los detalles).

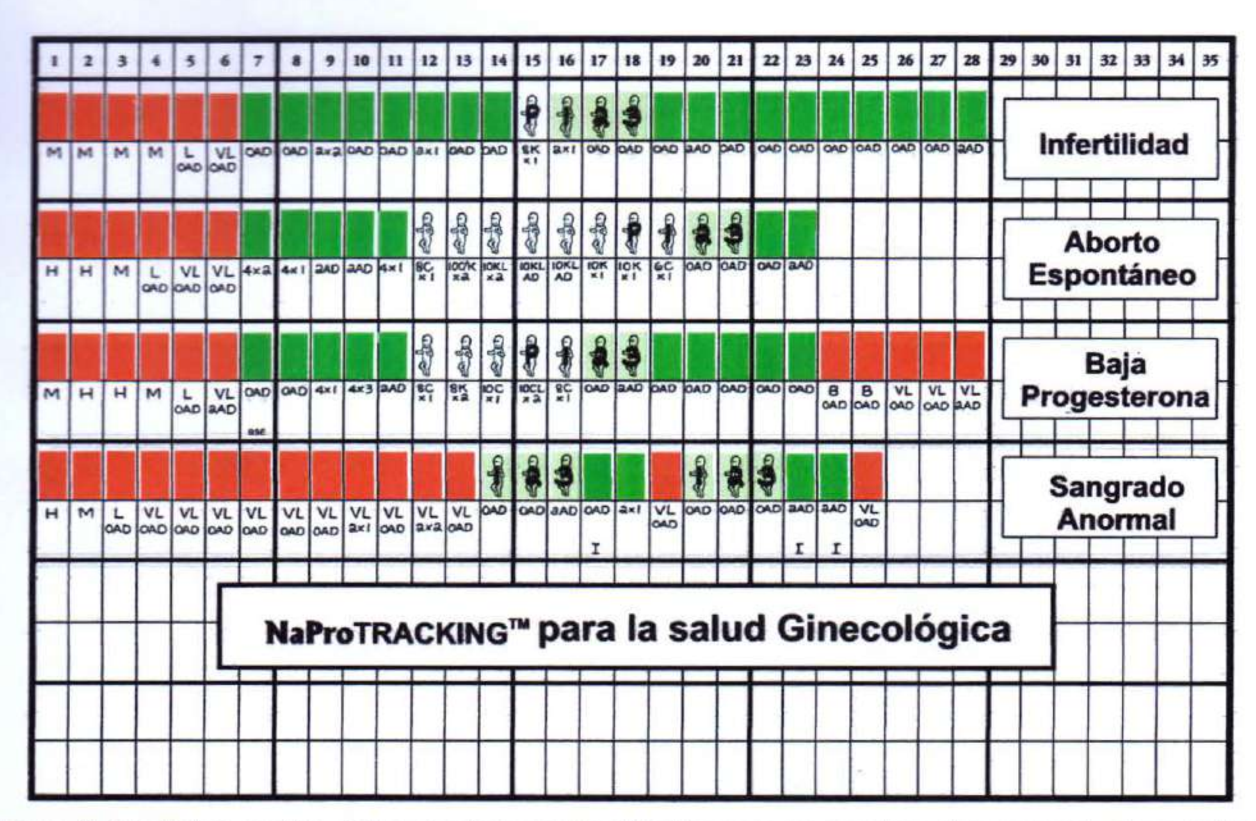


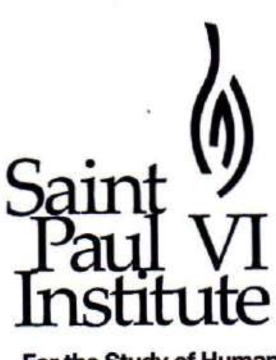
Figura B-11: Estos cuatro ciclos revelan anormalidades que se pueden observar mientras se lleva seguimiento (**NaPro TRACKING™**) al ciclo, con intención de vigilar la salud de la mujer. El primero es un **ciclo de moco limitado.** El segundo es una fase **post-Pico corta**, el tercero es **sangrado premenstrual**, el cuarto es **sangrado inusual** (ver Capítulos 9 y 10 y el Apéndice A para los detalles).

Ciclo de Moco Limitado: A menudo se ve en infertilidad y abortos espontáneos.

Fase post-Pico Corta: Fase Lútea inadecuada. Se ve en aborto espontáneo recurrente.

Sangrado Premenstrual: 3 o más días de sangrado L,VL o B antes de la menstruación. Indicador de que el nivel de progesterona es bajo.

Sangrado Inusual: Puede representar una gran variedad de problemas de salud ginecológica (incluyendo cáncer).



ISBN: 0-9626485-4-X